

SKRIPSI

**HUBUNGAN KEJADIAN DEMENSIA DENGAN TINGKAT KEMANDIRIAN
DALAM PEMENUHAN POLA *ACTIVITY OF DAILY LIVING* (ADL)
PADA LANSIA DI PANTI SOSIAL PENYANTUN
BUDI AGUNG KUPANG**



OLEH :
MARGARETHA LENDE
151111067

**PROGRAM STUDI NERS
FAKULTAS KESEHATAN
UNIVERSITAS CITRA BANGSA
KUPANG
2020**

SKRIPSI

**HUBUNGAN KEJADIAN DEMENSIA DENGAN TINGKAT KEMANDIRIAN
DALAM PEMENUHAN POLA *ACTIVITY OF DAILY LIVING* (ADL)
PADA LANSIA DI PANTI SOSIAL PENYANTUN
BUDI AGUNG KUPANG**

**Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
Pada Fakultas Kesehatan
Universitas Citra Bangsa Kupang**



OLEH :
MARGARETHA LENDE
151111067

**PROGRAM STUDI NERS
FAKULTAS KESEHATAN
UNIVERSITAS CITRA BANGSA
KUPANG
2020**

SURAT PERNYATAAN

Yang bertandatangan di bawah ini, saya :

Nama : Margaretha Lende

NIM : 151111067

Program studi : NERS


Alamat Rumah : Jln. Perintis Kemerdekaan II, Kelurahan Kayu Putih
Kecamatan Oebobo, Kota Kupang

No. Telpn : 082145609975

Dengan ini menyatakan bahwa :

1. Karya tulis ilmiah ini adalah asli dan benar-benar hasil karya sendiri, dan bukan hasil karya orang lain dengan megatasnamakan saya, serta bukan merupakan hasil peniruan atau penjiplakan (*Plagiarism*) dari hasil karya orang lain. Skripsi ini belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik di Universitas Citra bangsa, maupun di perguruan tinggi lainnya.
2. Di dalam Skripsi ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain. Kecuali tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dan disebutkan nama pengarang serta dicantumkan dalam daftar pustaka.
3. Pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya, apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidak-benaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar saya yang telah diperoleh, serta sanksi lainnya sesuai dengan peraturan perundang-undang yang berlaku.

Kupang, 02 Agustus 2020


Margaretha Lende

PENGESAHAN

Dipertahankan di depan Tim Penguji Ujian Skripsi
Program Studi Ners Tahap Akademik Universitas Citra Bangsa
dan diterima untuk memenuhi persyaratan guna memperoleh Gelar Sarjana
Keperawatan (S.Kep) tanggal, 2 September 2020

Mengesahkan,

Universitas Citra Bangsa

Wakil Rektor Bidang Akademik



Prof. Dr. Frans Salesman, SE., M.Kes
NIDN: 0809055301

HALAMAN PERSETUJUAN

Skripsi ini telah di setujui

Pada Tanggal, 02 September 2020

Menyetujui,

Pembimbing I



Ns. Herliana M. Azi Djogo, S.Kep., MSN
NIDN : 0803118802

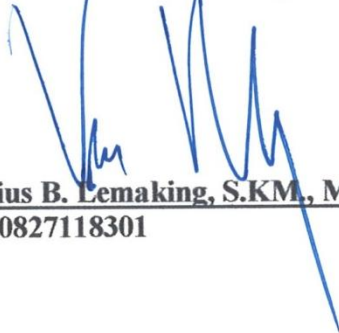
Pembimbing II



Kadek Dwi Ariesthi, S.KM., M.Kes
NIDN : 0813048901

Mengetahui,

**Dekan Fakultas Kesehatan
Universitas Citra Bangsa**



Vinsensius B. Lemaking, S.KM., M.Kes
NIDN : 0827118301

**Ketua
Program Studi Ners**



Ns. Balbina A. Wawo, M.Kep., Sp.Kep.J
NIDN : 0813068403

PENETAPAN PANITIA PENGUJIAN SKRIPSI

Judul : Hubungan Kejadian Demensia Dengan Tingkat Kemandirian Dalam Pemenuhan Pola ADL Pada Lansia Di Panti Sosial Penyantun Budi Agung Kupang

Nama : Margaretha Lende

NIM : 151111067

Telah diuji
Pada Tanggal, 2 September 2020

Panitia Penguji,

Ketua : **Ns. Yohanes Dion, S.Kep., M.Kes**

(.....)

Anggota : 1. **Ns. Herliana Monika Azi Djogo, S.Kep., MSN**

(.....)

2. **Kadek Dwi Ariesthi, S.KM., M.Kes**


(.....)

Mengetahui,

**Dekan Fakultas Kesehatan
Universitas Citra Bangsa**

**Ketua
Program Studi Ners**


Insensius B. Lemaking, S.KM., M.Kes
IDN: 0827118301


Ns. B. Antonelda M. Wawo, M.Kep., Sp.Kep.J
NIDN: 0813068403

**Ditetapkan Dengan Surat Keputusan Rektor Universitas Citra Bangsa
Nomor : C.069/SK/ADMIN/UCB/VIII/2019
Tanggal : 09 AGUSTUS 2019**

MOTTO

**“Ketika kata menyerah itu datang
Ingatlah air mata dan
keringat orang tua
Karena suksesmu adalah kebahagiaan
terbesar bagi mereka”**

PERSEMBAHAN

SKRIPSI INI SAYA PERSEMBAHKAN KEPADA:

- 1. TUHAN YESUS YANG MENUNTUN SAYA, MEMBERIKAN KEKUATAN DAN HIKMAT SEHINGGA DAPAT MENYELESAIKAN KARYA TULIS INI.**
- 2. BAPA & MAMA TERCINTA SERTA ADIK-ADIKKU YANG TULUS MENDUKUNG SAYA DISETIAP UNTAIAN DOA MEREKA**
- 3. ALMAMATERKU YANG TERCINTA UNIVERSITAS CITRA BANGSA.**

KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul **“Hubungan Kejadian Demensia Dengan Tingkat Kemandirian Dalam Pemenuhan Pola Activity Of Daily Living (ADL) pada Lansia di Panti Sosial Penyantun Lanjut Usia Budi Agung Kupang”**. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) di Universitas Citra Bangsa Kupang.

Saya menyadari bahwa kelancaran dan keberhasilan penyusunan skripsi ini telah melibatkan banyak pihak. Untuk itu pada kesempatan ini ijin saya untuk mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada selaku pembimbing I Ns. Herliana M. Azi Djogo, MSN dan Kadek Dwi Ariesthi, S.KM., M. Kes selaku pembimbing II yang telah bersedia dan dengan sabar serta penuh kasih membimbing bahkan memotivasi penulis hingga terselesainya penyusunan skripsi ini. Saya juga mengucapkan terima kasih kepada:

1. Prof. Dr. Frans Salesman, SE., M.Kes selaku Rektor Universitas Citra Bangsa Kupang periode 2020/2024
2. Dr. Jeffrey Jap, drg., M.Kes selaku Rektor Universitas Citra Bangsa periode 2008/2020
3. Vinsensius Belawamaking, SKM., M.Kes selaku Dekan Fakultas Kesehatan Universitas Citra Bangsa
4. Ns. Balbina A.Wawo, M.Kep., Sp.Kep Jiwa selaku Ketua Prodi Ners dan seluruh Bapak/Ibu Dosen yang telah memotivasi dan memberi nasehat dalam penyelesaian skripsi ini.
5. Ns Angela Muryati Gatum, S.Kep selaku Dosen Wali Kelas Keperawatan B angkatan VIII yang telah memberi semangat, dukungan dalam penyelesaian skripsi ini.
6. Keluarga tercinta, Papa (Melkianus Bili Lende), Mama (Lidia Bulu), Kakak Nona, Kakak Peter, Kakak Rika, Kakak Wandry, Kakak Irma, Adik Umbu, Adik Lia dan semua keluarga yang tidak pernah berhenti memberi dukungan dan doa agar saya dapat menyelesaikan skripsi ini.

7. Teman seperjuangan angkatan VIII UCB Keperawatan B yang selama ini sudah memotivasi dalam penyelesaian skripsi.
8. Sahabat Jernal, Risna, Yongky, Risal, Novi, Vicha, Olfen, Via, Wati serta semua yang tak bisa disebutkan satu per satu selalu setia memberikan dukungan, Doa dan semangat untuk menyelesaikan skripsi ini.

Semoga Tuhan membalas budi baik dari semua pihak yang telah memberi kesempatan dan dukungan dalam menyelesaikan skripsi ini. Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan, tetapi penulis berharap bahwa skripsi ini bermanfaat bagi pembaca dan bagi keperawatan.

Kupang, 14 Maret 2020

Penulis

ABSTRAK

Lende, Margaretha. 2020 **Hubungan Kejadian Demensia Dengan Tingkat Kemandirian Dalam Pemenuhan Pola *Activity Of Daily Living* (ADL) Pada lansia Di Panti Sosial Penyantun Budi Agung Kupang.** Program Studi Ners Universitas Citra Bangsa Herliana M. Azi. Djogo. S.Kep., MSN., Ns, Kadek Dwi Ariesthi, S, KM., M.Kes

Demensia adalah suatu sindroma penurunan kemampuan intelektual progresif yang menyebabkan kemunduran kognitif dan fungsional. Seorang penderita demensia memiliki fungsi intelektual yang terganggu dan menyebabkan gangguan dalam aktifitas sehari-hari maupun hubungan dengan orang sekitarnya.

Tujuan dari penelitian ini untuk menganalisis hubungan kejadian demensia dengan tingkat kemandirian dalam pemenuhan pola ADL pada lansia Di Panti Sosial Penyantun Budi Agung Kupang. Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah korelasi dengan rancangan *cross sectional*. Teknik sampling yang digunakan yaitu *Purposive sampling* dengan jumlah responden 54 lansia, Alat ukur dalam penelitian ini adalah kuesioner.

Berdasarkan hasil uji *spearman rank* diperoleh hasil $p\text{ value}=0,000$ dimana $p<\alpha$ ($\alpha=0,05$) yang berarti ada hubungan yang signifikan antara kejadian demensia dengan tingkat kemandirian dalam pemenuhan pola ADL pada lansia Di Panti Sosial Penyantun Budi Agung Kupang. Dengan koefisien korelasi (r) = 0,936 yang bermakna kekuatan hubungannya sangat kuat dan arah hubungannya positif.

Disarankan untuk dapat meningkatkan strategi perawatan untuk lanjut usia yang mengalami gangguan kognitif dengan melakukan aktifitas atau kegiatan yang dapat mengurangi kejadian demensia.

Kata kunci : Kejadian Demensia, Tingkat Kemandirian, Pola ADL, dan Lansia.

ABSTRACT

Lende, Margaretha. 2020 **Relationship between the Incidence of Dementia and the Level of Independence in Fulfilling the *Activity of Daily Living* (ADL) Pattern among the Elderly at Nursing Home of Budi Agung Kupang.** Nurse Study Program, Citra Bangsa University. Herliana M. Azi. Djogo. S.Kep., MSN., Ns, Kadek Dwi Ariesthi, S, KM., M.Kes

Dementia is a syndrome of progressive intellectual impairment that leads to cognitive and functional deterioration. Its sufferers have impaired intellectual function which ends up in disruption of daily activities and social relationship.

This study was conducted to analyze the relationship between the incidence of dementia and the level of independence in fulfilling the Activity of Daily Living (ADL) pattern among the elderly at Nursing Home of Budi Agung Kupang. A *cross-sectional* design was applied in this research with a questionnaire as its measuring instrument, while the sampling technique relied on *total sampling* with 54 elderly respondents.

The results of the *spearman rank* test derived p value of 0.000 where p was less than α ($\alpha = 0.05$). It obviously points out a significant relationship between the incidence of dementia and the level of independence in fulfilling the ADL pattern among the elderly at Nursing Home of Budi Agung Kupang. The correlation coefficient (r) = 0.936 reveals that the relationship has excellent strength and a positive direction.

Conclusively, it is strongly recommended to develop treatment strategies for elderly people with cognitive disorders by implementing some activities that can lessen the incidence of dementia cases. Not to mention, the facilities and infrastructure for the sufferers need to be well provided as well as the information that helps them meet their daily needs.

Keywords: Incidence, Dementia, Independence, Fulfilling, ADL, Pattern, Elderly.

DAFTAR ISI

	Halaman
SAMPUL DEPAN	i
SAMPUL DALAM.....	ii
PERNYATAAN.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
LEMBAR PERSETUJUAN	v
PENETAPAN PANITIA PENGUJI.....	vi
MOTTO	vii
PERSEMBAHAN.....	viii
KATA PENGANTAR.....	ix
ABSTRAK	xi
<i>ABSTRACT</i>	xii
DAFTAR ISI.....	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xv
DAFTAR TABEL	xvii
DAFTAR LAMPIRAN	xviii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan Penelitian	3
1.3.1 Tujuan Umum.....	3
1.3.2 Tujuan Khusus.....	3
1.4 Manfaat Penelitian	3
1.4.1 Manfaat Teoritis	3
1.4.2 Manfaat Praktis.....	3
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	4
2.1 Konsep Lansia.....	4
2.1.1 Pengertian Lanjut Usia.....	4
2.1.2 Teori Tentang Proses Menua	5
2.1.3 Perubahan-Perubahan Yang Terjadi Pada Lansia.....	5
2.1.4 Masalah-Masalah Yang Sering Terjadi Pada Lansia	6

2.2 Konsep Demensia.....	7
2.2.1 Pengertian Demensia.....	7
2.2.2 Gejala-Gejala Demensia	9
2.2.3 Faktor Penyebab Demensia.....	11
2.2.4 Jenis-Jenis Demensia.....	12
2.2.5 Stadium Demensia	13
2.2.6 Tingkatan Demensia	13
2.3 Konsep <i>Activity Of Daily Living</i> (ADL)	14
2.3.1 Pengertian ADL	14
2.3.2 Klasifikasi ADL	15
2.3.3 Pengukuran ADL.....	15
2.3.4 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi ADL.....	16
2.4 Indeks KATZ	16
2.5 Kerangka Konsep.....	17
2.6 Hipotesis Penelitian.....	18
BAB III METODELOGI PENELITIAN.....	19
3.1 Desain Penelitian dan Rancangan Penelitian	19
3.2 Kerangka Kerja (<i>Frame Work</i>)	19
3.3 Identifikasi Variabel.....	21
3.3.1 Variabel Independen (bebas)	21
3.3.2 Variabel Dependen (terikat)	21
3.4 Definisi Operasional.....	21
3.5 Populasi, Sampel dan Sampling.....	23
3.5.1 Populasi	23
3.5.2 Sampling.....	23
3.5.3 Sampel	23
3.6 Pengumpulan Data dan Analisis Data.....	24
3.6.1 Pengumpulan Data.....	24
3.6.2 Analisa Data	25
3.7 Etika Penelitian	26
3.7.1 <i>Respect for human dignity</i> (menghargai berkat dan martabat)....	26
3.7.2 <i>Beneficience</i> (Berbuat baik).....	27

3.7.3 <i>Non-Maleviciencia</i> (tidak merugikan)	27
3.7.4 <i>Justice</i> (keadilan)	27
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	28
4.1 Hasil Penelitian	28
4.1.1 Gambaran Tempat Penelitian	28
4.1.2 Data Umum	29
4.1.3 Data Khusus	30
4.2 Pembahasan.....	32
4.2.1 Kejadian Demensia.....	32
4.2.2 Tingkat kemandirian dalam pemenuhan pola ADL	34
4.2.3 Hubungan Kejadian Demensia Dengan Tingkat Kemandirian Dalam Pemenuhan Pola <i>Activity of Daily Living</i> Pada Lansia...	35
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	38
5.1 Kesimpulan	38
5.2 Saran	38
DAFTAR PUSTAKA	39
LAMPIRAN	43

DAFTAR GAMBAR

Nomor	Judul	Halaman
Tabel 3.1	Definisi Operasional	22
Tabel 4.1	Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin Di Panti Sosial Panyantun Budi Agung Kupang.	29
Tabel 4.2	Karakteristik responden berdasarkan umur Di Panti Sosial Panyantun Budi Agung Kupang.	29
Tabel 4.3	Karakteristik responden berdasarkan lama tinggal Di Panti Sosial Panyantun Budi Agung Kupang.	29
Tabel 4.4	Karakteristik responden berdasarkan penyakit yang pernah diderita Di Panti Sosial Panyantun Budi Agung Kupang.	30
Tabel 4.5	Karakteristik responden berdasarkan obat yang saat ini dikonsumsi Di Panti Sosial Panyantun Budi Agung Kupang.	30
Tabel 4.6	Distribusi Responden Berdasarkan Kejadian Demensia di Panti Sosial Panyantun Budi Agung Kupang.	31
Tabel 4.7	Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Kemandirian Dalam Pemenuhan Pola ADL Pada Lansia di Panti Sosial Panyantun Budi Agung Kupang.	31
Tabel 4.8	Hubungan kejadian demensia dengan tingkat kemandirian dalam pemenuhan pola ADL pada lansia Di Panti Sosial Panyantun Budi Agung Kupang.	32

DAFTAR GAMBAR

Nomor	Judul	Halaman
Gambar 2.1 Kerangka Konseptual		17
Gambar 3.1 Kerangka Kerja		20

DAFTAR LAMPIRAN

Nomor	Judul	Halaman
Lampiran 1	Surat Pra Penelitian	43
Lampiran 2	Surat Balasan Dinas Sosial	44
Lampiran 3	Surat Ijin Pengambilan Data Penelitian.....	45
Lampiran 4	Surat Keterangan Selesai Penelitian Dinas Sosial.....	46
Lampiran 5	Permohonan Menjadi Responden	47
Lampiran 6	Persetujuan Menjadi Responden	48
Lampiran 7	Kuisisioner Penelitian	49
Lampiran 8	Tabulasi Data.....	53
Lampiran 9	Hasil Uji.....	54
Lampiran 10	Dokumentasi Penelitian.....	61
Lampiran 11	Lembar Konsultasi.....	62

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Demensia adalah suatu sindroma penurunan kemampuan intelektual progresif yang menyebabkan kemunduran kognitif dan fungsional. Seorang penderita demensia memiliki fungsi intelektual yang terganggu dan menyebabkan gangguan dalam aktifitas sehari-hari maupun hubungan dengan orang sekitarnya. Penderita demensia juga kehilangan kemampuan untuk memecahkan masalah, mengontrol emosi, dan bahkan bisa mengalami perubahan kepribadian seperti muda marah dan halusinasi (Murhayani, 2010). Demensia adalah istilah umum yang digunakan untuk menggambarkan kerusakan fungsi kognitif global yang biasanya bersifat progresif dan akan mempengaruhi aktivitas sosial dan okupasi yang normal juga *Activities of Daily Living* (ADL) (Stanley, 2006). Pada hakekatnya menjadi tua merupakan proses alamiah yang berartise seseorang telah melalui tiga tahap kehidupannya yaitu masa anak, masadewasa, dan masa tua (Nugroho, 2008).

Perjalanan penyakit demensia biasanya dimulai secara perlahan dan makin lama makin parah, sehingga keadaan ini pada mulanya tidak disadari oleh penderita. Lanjut usai mengalami penurunan dalam ingatan, kemampuan untuk mengingat waktu dan kemampuan untuk mengenali orang, tempat dan benda. Dengan menurunnya daya ingat, lanjut usia akan kesulitan dalam melakukan pekerjaan sehari – hari. Permasalahan yang di alami oleh lansia ini apa bila tidak segera di atasi akan sangat berpengaruh pada status kesehatan lansia dan tingkat kemunduran diri atau ketergantungan yang di alami lansia seperti penurunan mobilitas di tempat tidur, berpindah tempat dan mobilitas dengan alat adaptasi serta kemampuan perawatan diri meliputi penurunan kemampuan makan, minum, mandi, berpakaian, defekasi dan berkemih (Pujiastuti, 2003).

Hal ini mengakibatkan seseorang dengan demensia, perlahan-lahan akan kehilangan kemampuan perawatan diri sehingga mereka akan semakin tergantung pada pengasuh atau keluarga untuk melakukan apapun dalam kesehariannya termasuk menjaga kebersihan diri dan kesehatan diri (Alamsyah, 2017)

Pada tahun 2015, penderita demensia di dunia sebanyak 47 juta atau sekitar 5% dari populasi lansia di dunia, Diperkirakan akan meningkat menjadi 75 juta pada tahun 2030 (WHO, 2016). Di Indonesia, jumlah orang dengan demensia diperkirakan akan makin meningkat dari 960.000 di tahun 2013, menjadi 1.890.000 di tahun 2030 (Kemenkes, 2010). Dipanti Sosial Penyantun Budi Agung Kupang dari pengambilan data awal (Kupang, 13 September 2018) di dapatkan penderita demensia sebanyak 54 orang dari 64 lansia. Dari hasil wawancara yang didapatkan dari petugas kesehatan dipanti sosial penyantun Budi Agung Kupang mengatakan bahwa sering kali lansia-lansia dipanti sosial banyak yang lupa akan kegiatan seperti mandi, minum obat dan lain-lain, sehingga harus petugas yang menjaga harus selalu mengingatkan untuk mandi, minum obat dan lain-lain.

Gejala awal biasanya adalah lupa akan peristiwa yang baru saja terjadi tetapi bisa juga bermula sebagai depresi, ketakutan, kecemasan, penurunan emosi atau perubahan kepribadian lainnya, terjadi perubahan ringan dalam pola berbicara sehingga penderita menggunakan kata-kata yang lebih sederhana, menggunakan kata-kata yang tidak tepat atau tidak mampu menemukan kata-kata yang tepat. Ketidakmampuan mengartikan tanda-tanda bisa menimbulkan kesulitan dalam mengemudikan kendaraan dan pada akhirnya penderita tidak dapat menjalankan fungsi sosialnya dan terjadi penurunan aktivitas (Turana, Dkk, 2004).

Dalam mencegah kehilangan seluruh kemampuan perawatan diri saat mengalami demensia, dapat dilakukan dengan *home training* di asrama panti, Pelatihan ini dilakukan dengan mengatur kembali kegiatan sehari-hari, seperti menulis daftar kegiatan sehari-hari secara lengkap di *whiteboard*, *blackboard*, atau kardus yang dipasang atau ditempel pada dinding, memasang tanda-tanda yang mudah dikenali, seperti kamar tidur, kamar mandi, dapur, dan lain-lain karena pasien dengan demensia mungkin pergi ke tempat yang salah dikarenakan beberapa kondisi (Murtiyani, 2016). Berdasarkan uraian diatas, maka peneliti tertarik untuk meneliti hubungan kejadian demensia dengan tingkat kemandirian dalam pola pemenuhan *Activities Of Daily Living* (ADL) pada lansia.

1.2 .Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diutarakan sebelumnya, dapat dirumuskan masalah adalah adakah hubungan kejadian demensia dengan tingkat kemandirian dalam pola pemenuhan *Activities Of Daily Living*(ADL) pada Lansia di Panti Sosial Penyantun Budi Agung Kupang?”

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui apakah ada hubungan kejadian demensia dengan tingkat kemandirian dalam pola pemenuhan *Activities Of Daily Living*(ADL) pada lansia di Panti Sosial Penyantun Budi Agung Kupang?”

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi kejadian demensia pada lansia di Panti Sosial Penyantun Budi Agung Kupang.
2. Mengidentifikasi tingkat kemandirian dalam pemenuhan pola *Activities of daily living*(ADL) pada lansia di Panti Sosial Penyantun Budi Agung Kupang.
3. Menganalisa hubungan kejadian demensia dengan tingkat kemandirian dalam pemenuhan pola *Activities Of Daily Living*(ADL) pada lansia di Panti Sosial penyantun Budi Agung Kupang.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Manfaat Teoritis

Mengembangkan ilmu keperawatan terutama dibidang keperawatan gerontik sebagai cabang ilmu keperawatan.

1.4.2. Manfaat Praktis

1. Bagi lansia

Hasil penelitian ini dapat bermanfaat bagi lansia untuk memberikan gambaran tentang tingkat kemandirian dalam pemenuhan pola ADL (*Activities Of Daily Living*) pada lansia yang demensia.

2. Tempat penelitian

Sebagai gambaran untuk strategi penanganan dan pencegahan kejadian demensia pada lansia yang berdampak pada tingkat kemandirian dalam pemenuhan pola ADL (*Activities Of Daily Living*) pada lansia.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Lansia

2.1.1 Pengertian Lansia

Menurut Moeloek, (2016) Usia lanjut dikatakan sebagai tahap akhir perkembangan pada daur kehidupan manusia. Sedangkan menurut pasal 1 ayat (2), (3), (4) No. 13 tahun 1998 tentang kesehatan dikatakan bahwa usia lanjut adalah seseorang yang telah mencapai usia lebih dari 60 tahun (Maryam, Siti, dkk, 2008). Tahap dewasa merupakan tahap tumbuh mencapai titik perkembangan yang maksimal. Setelah itu tubuh mulai menyusut dikarenakan berkurangnya jumlah sel-sel yang ada didalam tubuh. Sebagai akibatnya, tubuh juga akan mengalami penurunan fungsi secara perlahan-lahan. Itulah yang dikatakan proses penuaan. Penuaan atau proses terjadinya tua adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri/mengganti dan mempertahankan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi serta memperbaiki kerusakan yang diderita.

Beberapa pendapat di bawah ini dikemukakan mengenai batasan umur lansia menurut Sya'diyah (2018):

1. Menurut organisasi kesehatan dunia, (WHO, 2000). Lansia usia meliputi:
 - a. Usia pertengahan (Middle Age) ialah kelompok usia 45 tahun sampai 59 tahun.
 - b. Lanjut usia (Elderly) ialah kelompok usia antara 60 tahun dan 74 tahun.
 - c. Lanjut usia tua (Old) ialah kelompok usia antara 75 sampai 90 tahun.

Departemen kesehatan RI (2010) mengklasifikasikan lanjut usia sebagai berikut:

- a. Pralansia (prasenilis) : Seseorang yang berusia antara 45-59
- b. Lansia : Seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih
- c. Lansia resiko tinggi: Seseorang yang berusia 70 tahun atau lebih/ seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan

- d. Lansia potensial: Lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan dan/ atau kegiatan yang dapat menghasilkan barang/jasa.
- e. Lansia tidak potensial: Lansia yang tidak berdaya mencari nafkah, sehingga hidupnya bergantung pada bantuan orang lain

2.1.2 Teori Tentang Proses Menua

Menurut Sa'diyah, Hidatus (2018). Proses penuaan dipandang sebagai sebuah proses total dan sudah mulai saat masa konsepsi. Meskipun penuaan adalah sebuah proses berkelanjutan, belum tentu seseorang meninggal hanya karena usia tua. Sebab individu memiliki perbedaan yang unik terhadap genetic, sosial, psikologik, dan faktor-faktor ekonomi yang paling terjalin dalam kehidupannya menyebabkan peristiwa menua berbeda pada setiap orang. Sepanjang kehidupan, seseorang mengalami penalaman traumatic maupun emosional yang melemahkan kemampuan seseorang untuk memperbaiki dan mempertahankan dirinya. Akhirnya periode akhir dari hidup yang disebut senescence terjadi saat organisme biologik tidak dapat menyeimbangkan lagi mekanisme “pengrusakan dan perbaikan”.

Pada hakekatnya menjadi tua merupakan proses ilmiah yang berarti seseorang telah melalui tiga tahap kehidupannya yaitu masa anak, masa dewasa, dan masa tua (Nugroho, 2008). Tiga tahap ini berbeda baik secara biologis maupun psikologis. Memasuki masa tua berarti mengalami kemunduran secara fisik maupun psikis. Kemunduran fisik ditandai dengan kulit yang mengendor, rambut memutih, penurunan penengaran, penglihatan memburuk, gerakan lambat, kelainan berbagai fungsi organ vital, sensitifitas emosional meningkat dan kurang gairah.

2.1.3 Perubahan-Perubahan Yang Terjadi Pada Lansia

1. Perubahan Sistem Saraf

Perubahan sistem persyarafan menurut Stanley & Beare (2007) terdapat beberapa efek penuaan pada sistem persyarafan, banyak perubahan dapat diperlambat dengan gaya hidup sehat. Sedangkan menurut Potter & Perry (2009) lansia akan mengalami gangguan persarafan terutama lansia akan mengalami keluhan seperti perubahan kualitas dan kuantitas tidur. Lansia

akan mengalami kesulitan antara lain ,kesulitan untuk tetap terjaga, kesulitan untuk kembali tidur setelah terbangun di malam hari

2. Perubahan Psikologis

Perubahan psikologis pada lanjut usia menurut Stuart & Laria (2005) perubahan aspek kognitif dimana terjadi perubahan fungsi intelektual ditandai dengan penurunan kemampuan lansia dalam mengatasi masalah atau pemecahan masalah, selanjutnya juga pada aspek terjadi perubahan kemampuan penyesuaian secara psikologis terhadap proses menua (*Learning Ability*), Pada aspek kognitif ini untuk meningkatkan intelektual lansia dapat diberikan pendidikan kesehatan atau edukasi agar perkembangan demensia dapat ditunda. Perubahan yang terjadi pada aspek emosional adalah respon lansia terhadap perubahan – perubahan yang terjadi atau yang berkaitan dengan suasana alam perasaan, sehingga lansia merasa tidak dihargai merasa sendiri dan tidak diperhatikan, mudah tersinggung dan selalu ingin didengarkan (Maryam, 2008). Perubahan mental pada lansia menurut Bandiyah (2009) lansia akan mudah curiga, bertambah pelit dan egois.

2.1.4 Masalah-Masalah Yang Sering Terjadi Pada Lanjut Usia yang mengalami demensia

1. Kejadian Demensia menurut (Gluhm et all,2013)

Demensia sindrom paling sering terjadi pada orang-orang lansia berusia di atas 65 tahun. Sindrom ini bisa menyebabkan pengidapnya mengalami penurunan kemampuan fungsi otak, seperti menurunnya daya ingat, berkurangnya kemampuan berpikir, memahami sesuatu, serta menurunnya kecerdasan mental. Orang yang mengidap demensia tidak langsung serta merta mengalami penurunan fungsi otak secara drastis, melainkan penyakit ini berkembang secara progresif.

Penyebab terjadinya demensia yaitu demensia terjadi karena sel saraf otak di bagian tertentu mengalami kerusakan, sehingga menyebabkan kemampuan otak untuk berkomunikasi dengan saraf tubuh lainnya menjadi menurun. Akibatnya, pengidap demensia akan mengalami gejala sesuai area otak yang mengalami kerusakan. Demensia

umumnya berkembang secara progresif. Namun, ada juga kondisi lain yang menyerupai demensia yang sifatnya sementara dan dapat dipulihkan.

2. Depresi

Proses menua dapat menimbulkan berbagai masalah baik secara fisik, biologis, sosial ekonomi maupun mental. Masalah mental dan emosional yang sering dijumpai pada lansia adalah depresi. Depresi adalah masalah medis yang serius dengan melibatkan gejala-gejala yang berkaitan dengan mood, stress, dan gejala skizofrenia (Stanley, 2007).

3. Skizofrenia adalah bentuk umum dari penyakit mental yang parah. Skizofrenia merupakan salah satu gangguan jiwa yang berat yang dialami manusia sejak muda dan menjadi lebih parah pada lanjut usia karena menyangkit pada perubahan segi fisik, psikologis dan sosial budaya.

4. Gangguan Tidur (Nugroho, 2000)

Usia merupakan salah satu faktor penentu waktu tidur yang dibutuhkan seseorang. Semakin tua usai, maka makin sedikit waktu tidur yang dibutuhkan. Keluhan tentang kesulitan tidur waktu malam sering terjadi pada lansia sebagai akibat dari penyakit kronik lain. Menurut Stanley (2006), gangguan tidur menyerang 50% orang yang berusia 65 tahun atau lebih yang tinggal di rumah dan 55% orang tinggal di fasilitas perawatan jangka panjang

2.2 Konsep Demensia

2.2.1 Pengertian Demensia

Menurut Alamsyah (2017). demensia adalah sindrom penurunan kognitif dan fungsional, biasanya terjadi di kemudian hari sebagai akibat neurodegeneratif dan proses serebrovaskuler. Menurut Pieter and Janiwarti (2011). Demensia merupakan penyakit degeneratif yang sering menyerang pada orang yang berusia diatas 60 tahun. Demensia terjadi akibat kerusakan sel-sel otak dimana sistem saraf tidak lagi bisa membawa informasi ke dalam otak, sehingga membuat kemunduran pada daya ingat, keterampilan secara progresif, gangguan emosi, dan perubahan perilaku, penderita demensia sering menunjukkan gangguan perilaku harian.

Menurut Asrori dan Putri (2014), demensia adalah kondisi dimana hilangnya kemampuan intelektual yang menghalangi hubungan sosial dan fungsi dalam kehidupan sehari-hari. Demensia bukan merupakan bagian dari proses penuaan yang normal dan bukan sesuatu yang pasti akan terjadi dalam kehidupan mendatang, Demensia dapat juga disebabkan oleh bermacam-macam kelainan otak. Hampir 55% penderita demensia disebabkan oleh Alzheimer, 25-35% karena stroke dan 10-15% karena penyebab lain. Banyak demensia yang diobati meskipun sangat sedikit darinya yang dapat disembuhkan.

1. Identifikasi dini demensia

Menurut Galvin Je (2006), proses patologis demensia terjadi beberapa tahun sebelum gambaran klinis menjadi jelas. Fase transisi gangguan kognisi antara proses penuaan normal dan awal demensia alzheimer dikenal sebagai *mild cognitive impairment* (MCI)

Kriteria diagnosis kondisi pra-demensia MCI meliputi adanya keluhan memori subjektif, terutama yang dikemukakan oleh keluarga disertai dengan hasil pemeriksaan kognisi yang abnormal sesuai dengan usia dan tingkat pendidikan

Defisit tidak boleh atau hanya sedikit mempengaruhi fungsi intelektual global dan kemampuan dalam melakukan aktivitas hidup sehari-hari. Pasien tidak boleh menunjukkan bukti mengalami demensia

Klarifikasi

MCI sekarang diperluas meliputi domain kognitif lain seperti fungsi eksekutif dan bahasa, sehingga memungkinkan adanya pembagian MCI non amnestik atau amnestik domain tunggal dan multipel.

Meta analisis menunjukkan sekitar 10% pasien dengan MCI berkembang menjadi demensia pertahunnya

Amnestik domain tunggal dapat merupakan pre demensia dari alzheimer sedangkan MCI multi domain dapat merupakan baik untuk DA maupun DF.

2. Faktor risiko dan pencegahan demensia

Tindakan pencegahan harus dikerjakan karena diperkirakan bahwa menunda awitan demensia selama 5 tahun dapat menurunkan setengah dari insiden

demnsia. Oleh sebab itu perlu pengetahuan tentang faktor dan bukti yang telah ada.

3. Risiko yang tidak dapat dimodifikasi Faktor

Usia, jenis, kelamin, genetic, dan riwayat penyakit keluarga, disabilitas intelektual dan *sindrom down* adalah faktor risiko tidak dapat dimodifikasi

Menurut Greening L (2009) terdapat beberapa faktor risiko demensia sebagai berikut:

1) Usia

risiko terjadinya penyakit Alzheimer meningkat secara nyata dengan meningkatnya usia, meningkat dua kali lipat setiap 5 tahun pada individu diatas 64 tahun dan 50% individu diatas 85 tahun mengalami demensia. Dalam study populasi, usia di atas 64 tahun risiko untuk semua demensia adalah OR:1,1 dan untutuk PA OR:1,2

2) Jenis Kelamin

Berapa study pravelensi menunjukan bahwa PA lebih tinggi pada wanita dibandingkan pria. Risiko untuk semua jenis demensia dan PA lebih tinggi pada pria secara umum walaupun menjadi seimbang pada wanita yang lebih tua .

3) Riwayat keluarga dan faktor genetic

Penyakit Alzheimer awita dini (*early onset Alzheimer disease/EOAD*) terjadi sebelum usia 60 tahun, kelompok ini menumbang 6-7% darri kasus penyait Alzheimer. Sekitar 13% dari EOAD ini memeplihatkan trasmisi otosomal dominan. Tiga mutasi gen teridentifikasi untuk kelompok ini adalah amiloid β protein precursor ($A\beta$ PP) pada krommoson 21 ditemukan pada 10-15% kasus, presenelin 1(PS1) pada kromosom 14 14 ditemukan pada 30-70% kasus dan presenilin 2 (PS2) pada kromosom 1 ditemukan kurang dari 5% kasus.

2.2.2 Gejala-Gejala Demensia

Ada beberapa gejala demensia antara lain: Gejala awal yang dialami demensia adalah kemunduran fungsi kognitif ringan, kemudian terjadi kemunduran dalam mempelajari hal-hal yang baru, menurunnya ingatan terhadap peristiwa jangka pendek, kesulitan menemukan kata-kata yang tepat untuk diucapkan Pieter and Janiwarti, (2011). Pada tahap lanjut, gejala yang diamali

demensia antara lain sulit mengenali benda, tidak dapat bertindak sesuai dengan rencana, tidak bisa mengenakan pakaian sendiri, tidak bisa memperkirakan jarak dan sulit mengordinasikan anggota tubuh (Pieter and Janiwarti, 2011). Gejala demensia selanjutnya yang muncul biasanya berupa depresi yang dialami pada lansia, dimana orang yang mengalami demensia sering kali menjaga jarak dengan lingkungan dan lebih sensitif. Kondisi seperti ini dapat saja di ikuti oleh munculnya penyakit lain dan biasanya akan memperparah kondisi lansia. Pada saat ini mungkin saja lansia menjadi sangat ketakutan bahkan hingga berhalusinasi. Disinilah peran keluarga sangat penting untuk proses penyembuhan, karena lansia yang demensia memerlukan perhatian lebih dari keluarganya.

Menurut Kamaja, (2014), pada tahap lanjut demensia menimbulkan perubahan tingkah laku yang semakin mengkhawatirkan, sehingga perlu sekali keluarga mengetahui perubahan tingkah laku yang dialami lansia pada demensia. Mengetahui perubahan tingkah laku pada demensia dapat memunculkan sikap empati yang sangat dibutuhkan anggota keluarga, yakni harus dengan sabar merawat dan lebih perhatian terdapat anggota keluarga yang demensia. Perubahan perilaku yang dialami lansia dengan demensia antara lain menunjukkan delusi, halusinasi, depresi, kerusakan fungsi tubuh, cemas, disorientasi, ketidakmampuan melakukan tindakan yang berarti, tidak dapat melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri, marah, agitasi, apatis, dan kabur dari tempat tinggal.

Menurut Asrori dan Putri (2014), menyebutkan ada beberapa tanda dan gejala yang dialami pada Demensia antara lain :

1. Kehilangan memori

Tanda awal yang dialami lansia yang menderita demensia adalah lupa tentang informasi yang baru di dapat atau di pelajari, itu merupakan hal biasa yang dialami lansia yang menderita demensia seperti lupa dengan petunjuk yang diberikan, nama maupun nomer telepon, dan penderita demensia akan sering lupa dengan benda dan tidak mengingatnya.

2. Kesulitan dalam melakukan rutinitas pekerjaan

Lansia yang menderita Demensia akan sering kesulitan untuk menyelesaikan rutinitas pekerjaan sehari-hari. Lansia yang mengalami Demensia terutama

Alzheimer Disease mungkin tidak mengerti tentang langkah-langkah dari mempersiapkan aktivitas sehari-hari seperti menyiapkan makanan, menggunakan peralatan rumah tangga dan melakukan hobi.

3. Masalah dengan bahasa

Lansia yang mengalami demensia akan kesulitan dalam mengelolah kata yang tepat, mengeluarkan kata-kata yang tidak biasa dan sering kali membuat kalimat yang sulit untuk di mengerti orang lain

4. Disorientasi waktu dan tempat

Mungkin hal biasa ketika orang yang tidak mempunyai penyakit demensia lupa dengan hari atau diaman dia berada, namun dengan lansia yang mengalami demensia akan lupa dengan jalan, lupa dengan dimana mereka berada dan bagaimana mereka bisa sampai ditempat itu, serta tidak mengetahui bagaimana kebalik kerumah.

5. Tidak dapat mengambil keputusan

Lansia yang mengalami demensia tidak dapat mengambil keputusan yang sempurna dalam setiap waktu seperti memakai pakaian tanpa melihat cuaca atau salah memakai pakaian, tidak dapat mengelolah keuangan.

6. Perubahan suasana hati dan kepribadian

Setiap orang dapat mengalami perubahan suasana hati menjadi sedih maupun senang atau mengalami perubahan perasaan dari waktu ke waktu, tetapi dengan lansia yang mengalami demensia dapat menunjukan perubahan perasaan dengan sangat cepat, misalnya menangis dan marah tanpa alasan yang jelas. Kepribadian seseorang akan berubah sesuai dengan usia, namun dengan yang dialami lansia dengan demensia dapat mengalami banyak perubahan kepribadian, misalnya ketakutan, curiga yang berlebihan, menjadi sangat bingung, dan ketergantungan pada anggota keluarga.

2.2.3 Faktor penyebab Demensia

Beberapa faktor penyebab demensia menurut Kamaja (2014) antara lain:

1. Penyakit alzheimer

Penyebab utama penyakit demensia adalah penyakit alzheimer. Demensia 50% di sebabkan oleh penyakit alzheimer, 20% disebabkan gangguan pembuluh otak, dan sekitar 20% gabungan keduanya serta sekitar 10% disebabkan

faktor lain. Penyebab alzheimer tidak diketahui pasti penyebabnya, tetapi diduga berhubungan dengan faktor genetik, penyakit alzheimer ini ditemukan dalam beberapa keluarga gen tertentu.

2. Serangan Stroke

Penyebab kedua demensia adalah serangan stoke yang terjadi secara ulang. Stroke ringan dapat mengakibatkan kelemahan dan secara bertahap dapat menyebabkan kerusakan pada jaringan otak akibat tersumbatkan aliran darah (*infark*). Demensia multiinfark berasal dari beberapa stoke ringan, sebagian besar penderita stoke memiliki tekanan darah tinggi (hipertensi) yang menyebabkan kerusakan pembuluh darah pada otak.

3. Serangan lainnya

Serangan lain dari demensia adalah demensia yang terjadi akibat pencederaan pada otak (*cardiac arrest*), penyakit parkison, AIDS, dan hidrocefalus.

2.2.4 Jenis-Jenis Demensia

Menurut Yudhanti, Evina (2016). Terdapat beberapa jenis demensia yaitu:

1. Demensia tipe alzheimer

Demensia alzheimer adalah salah satu bentuk demensia akibat degenerasi otak yang sering ditemukan dan paling ditakuti. Demensia alzheimer, biasanya diderita oleh pasien usia lanjut dan merupakan penyakit yang tidak hanya menggerogoti daya pikir dan kemampuan aktivitas penderita, namun juga menimbulkan beban bagi keluarga yang merawatnya. Demensia alzheimer merupakan keadaan klinis seseorang yang mengalami kemunduran fungsi intelektual dan emosional secara progresif sehingga mengganggu kegiatan sosial sehari-hari. Gejalanya dimulai dengan gangguan memori yang mempengaruhi keterampilan pekerjaan, sulit berfikir abstrak, salah meletakkan barang, perubahan inisiatif, tingkah laku, dan kepribadian

2. Demensia vaskuler

Demensia vaskuler merupakan jenis demensia terbanyak kedua setelah demensia Alzheimer. Angka kejadian pada demensia vaskuler tidak beda jauh dengan kejadian demensia alzheimer sekitar 47% dari populasi demensia keseluruhan. Demensia alzheimer 48% dan demensia oleh penyebab lain 5%. Kejadian vaskuler pada populasi usia <65 tahun sekitar 1,2-4,2%, dan pada

kelompok usia >65 tahun menunjukkan angka kejadian 0,7%, dan 8,1% pada kelompok usia diatas 90 tahun.

2.2.5 Stadium Demensia

Menurut Dwi Suryanto (2012) terdapat beberapa stadium demensia yaitu:

1. Stadium I (*stadium amnestik*)

Berlangsung selama 2-4 tahun dengan gejala yang timbul antara lain gangguan pada memori, berhitung, dan aktivitas spontan menurun. Fungsi memori yang terganggu bisa menyebabkan lupa akan hal baru yang dialami, kondisi seperti ini tidak mengganggu aktivitas rutin dalam keluarga.

2. Stadium II(*stadium Demensia*)

Berlangsung selama 2-10 tahun dengan gejala yang dialami seperti disorientasi, gangguan bahasa, mudah bingung, dan penurunan fungsi memori lebih berat sehingga penderita pada stadium ini tidak dapat melakukan kegiatan sampai selesai, mengalami gangguan visuospasial, tidak mengenali anggota keluarganya, tidak ingat sudah melakukan tindakan sehingga mengulanginya lagi, mengalami depresi berat sekitar 15-20%.

3. Stadium III

Pada stadium ini berlangsung sekitar 6-12 tahun dengan gejala yang ditimbulkan penderita menjadi vegetatif, kegiatan sehari-hari membutuhkan bantuan orang lain, membisu, daya ingat intelektual serta memori memburuk sehingga tidak mengenal keluarganya sendiri, tidak bisa mengendalikan buang air besar maupun kecil. Menyebabkan trauma kematian atau akibat infeksi.

2.2.6 Tingkatan Demensia

1. Demensia Buruk

Demensia yang dikatakan buruk yang memiliki skor pemeriksaan MMSE 0-17 seperti disorientasi, gangguan bahasa, mudah bingung, dan penurunan fungsi memori lebih berat sehingga penderita pada kondisi ini tidak dapat melakukan kegiatan sampai selesai, mengalami gangguan visuospasial, tidak mengenali anggota keluarganya (Gluhm et all, 2013).

2. Demensia Sedang

Demensia yang dikatakan demensia sedang yaitu yang memiliki skor MMSE 17-23 yang artinya fungsi memori yang terganggu bisa menyebabkan lupa akan hal baru yang dialami (Gluhmet all,2013).

3. Demensia dengan kondisi Baik

Demensia yang dikatakan demensia sedang yaitu yang memiliki skor MMSE 24-30 yang artinya lansia dalam kondisi ini masih mempunyai daya ingat yang tinggi (Gluhmet all,2013)

2.3 Konsep *Activity Daily Living* (ADL)

2.3.1 Pengertian *Activity Daily Living* (ADL)

Menurut Azizah (2011) menjelaskan bahwa demensia dapat mempengaruhi kemampuan aktivitas sehari-hari karena dipengaruhi kumpulan gejala yang ada seperti penurunan fungsi kognitif, perubahan mood, dan tingka laku. Menurut Setiono dan Hidayati (2015), penyandang demensia selain mengalami kelemahan kognisi secara bertahap juga akan mengalami kemunduran aktivitas sehari-hari.

Menurut Smeltzer & Bare (2009) *Activity Daily Living* (ADL) disebut juga dengan Aktivitas Kehidupan Sehari-hari (AKS) adalah aktivitas pokok berupa perawatan diri yang dilakukan setiap hari untuk memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari. ADL mengacu kepada aktivitas harian yang dibutuhkan dalam kehidupan secara mandiri dan juga berhubungan dengan manajemen perawatan diri seperti berpakaian, mandi, makan, menggunakan toilet, manajemen kontinensia, berpindah dan mobilitas dasar.

ADL menurut Setiahardja (2005) adalah mencakup perawatan diri (seperti berpakaian, makan dan minum, eliminasi, mandi, berhias, juga menyiapkan makanan, memakai telepon, menulis, mengelola uang dan sebagainya) dan mobilitas (seperti berguling di tempat tidur, bangun dan duduk, berpindah atau bergeser dari tempat tidur ke kursi atau dari satu tempat ke tempat yang lain).

2.3.2 Klasifikasi *Activity Daily Living* (ADL)

Klasifikasi ADL menurut Setiahardja (2005) terbagi atas:

1. ADL Dasar

ADL dasar yaitu keterampilan dasar yang harus dimiliki seseorang untuk merawat dirinya meliputi berpakaian, makan dan minum, eliminasi, mandi dan berhias.

2. ADL Instrumental

ADL instrumental yaitu ADL yang berhubungan dengan penggunaan alat atau benda penunjang kehidupan sehari-hari seperti menyiapkan makanan, menggunakan telepon, menulis, mengetik dan mengelola uang

3. ADL Vokasional

ADL vokasional yaitu ADL yang berhubungan dengan pekerjaan atau kegiatan sekolah.

4. ADL Non Vokasional

ADL non vokasional yaitu ADL yang bersifat rekreasional, hobi dan mengisi waktu luang

2.3.4 Pengukuran *Activity Daily Living* (ADL)

Menurut (Setiahardja, 2005) ADL mencakup kategori yang sangat luas dan dibagi-bagi menjadi sub kategori atau domain seperti berpakaian, makan minum, *toileting*/kebersihan pribadi, mandi, berpakaian, transfer, mobilitas, komunikasi, vokasional, rekreasi, instrumental ADL dasar, sering disebut ADL saja, yaitu ketrampilan dasar yang harus dimiliki seseorang untuk merawat dirinya meliputi berpakaian, makan dan minum, *toileting*, mandi, berhias. Ada juga yang memasukkan kontinensi buang air besar dan buang air kecil dalam kategori ADL dasar ini. Dalam kepustakaan lain juga disertakan kemampuan mobilitas.

Menurut (Setiahardja, 2005) pengkajian ADL penting untuk mengetahui tingkat ketergantungan atau besarnya bantuan yang diperlukan dalam kehidupan sehari-hari. Pengukuran kemandirian ADL akan lebih mudah dinilai dan dievaluasi secara kuantitatif dengan sistem skor yang sudah banyak dikemukakan oleh berbagai penulis ADL dasar, sering disebut ADL saja, yaitu keterampilan dasar yang harus dimiliki seseorang untuk merawat dirinya meliputi berpakaian,

makan dan minum, *toileting*, mandi, berhias. Ada juga yang memasukkan kontinensi buang air besar dan buang air kecil dalam kategori ADL dasar ini. Dalam kepustakaan lain juga disertakan kemampuan mobilitas.

2.3.4 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi ADL

Menurut (Setiahardja, 2005) ADL terdiri dari aspek motorik yaitu kombinasi gerakan volunter yang terkoordinasi dan aspek propioseptif sebagai umpan balik gerakan yang dilakukan. ADL dasar dipengaruhi oleh: ROM sendi, kekuatan otot, tonus otot, propioseptif, persepsi visual, kognitif, koordinasi, dan keseimbangan.

Faktor yang mempengaruhi penurunan ADL menurut (Hardywinoto, 2005) adalah:

1. Kondisi fisik misalnya penyakit menahun, gangguan mata dan telinga.
2. Kapasitas mental.
3. Status mental seperti kesedihan dan depresi.
4. Penerimaan terhadap fungsinya anggota tubuh.
5. Dukungan anggota keluarga.

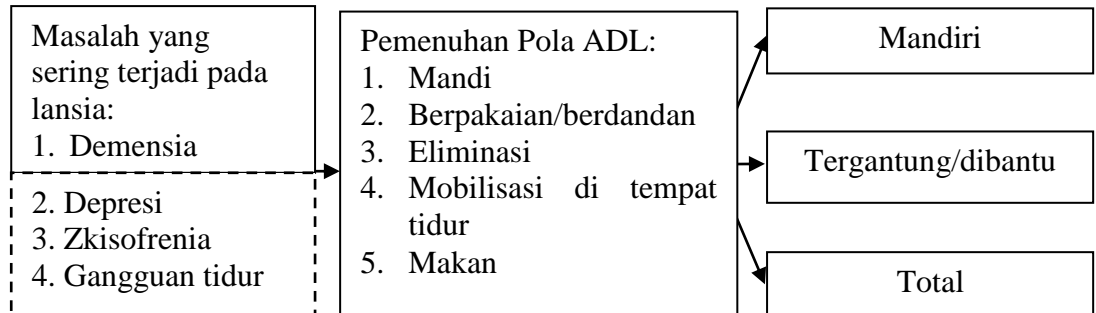
2.4 Indeks KATZ

Menurut Maryam, dkk (2011) *Indeks kats* merupakan suatu instrument pengkajian dengan sistem penilaian yang didasarkan kemampuan seseorang untuk melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari secara mandiri. Penentuan kemandirian fungsional dapat mengidentifikasikan kemampuan dan keterbatasan klien sehingga memudahkan pemilihan intervensi yang tepat

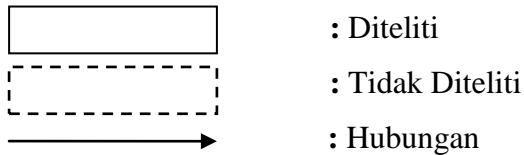
Menurut Ediwati (2013), *indeks kats* meliputi kemampuan kemandirian klien untuk mandi, berpakaian, toilet, berpindah tempat, mempertahankan inkontinensia, dan makan. Kamandirian berarti tanpa pengawasan, pengarahan, atau bantuan pribadi aktif. Ini didasarkan pada status actual dan bukan pada kemampuan. Dalam tiga puluh lima tahun sejak instrument dikembangkan, instrument telah di modifikasi dan disederhanakan dan di kembangkan, instrument telah dimodifikasi dan disederhanakan dan pendekatan yang berbeda untuk penilaiaan telah digunakan. Menurut (Wallace dan shekely, 2008) Secara konsisten instrument ini ditujukan dan digunakan dalam mengevaluasi status sosial lansia di populasi. Meskipun tidak ada keandalan laporan formal dan

validitas ditemukan dalam miteratur, alat ini digunakan secara luas untuk mengukur kemampuan fungsional lansia di lingkungan klinis dan rumah

2.5 Kerangka Konseptual



Keterangan:



Gambar 2.1 Hubungan Kejadian Demensia Dengan Tingkat Kemandirian Dalam pemenuhan Pola ADL Pada Lansia

2.6 Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah jawaban sementara dari rumusan masalah atau pertanyaan penelitian. Hipotesis disusun sebelum penelitian dilaksanakan, karena hipotesis akan bisa memberikan petunjuk pada tahap pengumpulan data, analisa dan inteprestasi data (Nursalam, 2016).

Berdasarkan landasan teori yang telah dipaparkan, maka hipotesis yang diajukan dari penelitian ini adalah:

1. H0 : Tidak ada hubungan antara kejadian demensia dengan kemandirian pola ADL pada lansia.
2. H1 : Ada hubungan antara kejadian demensia dengan kemandirian pola ADL pada lansia.

BAB III

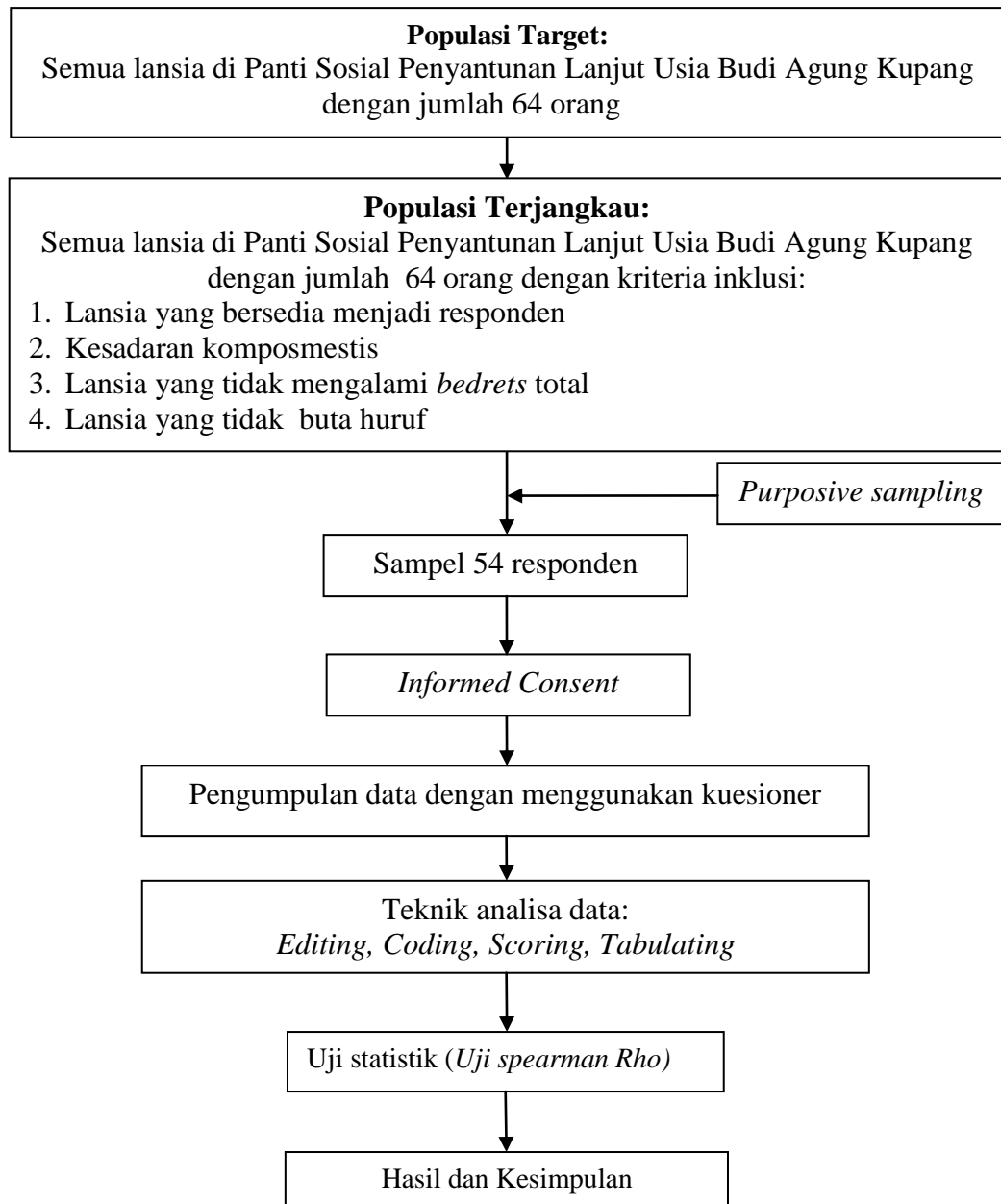
METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian dan Rancangan Penelitian

Desain penelitian merupakan rencana penelitian yang disusun sedemikian rupa sehingga peneliti dapat memperoleh jawaban terhadap pertanyaan penelitian (Setiadi, 2013). Desain penelitian yang dipakai dalam penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan rancangan korelasional. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan kejadian demensia dengan tingkat kemandirian dalam pemenuhan pola ADL pada lansia, menggunakan pendekatan *Cross Sectional*, dimana penelitian ini menekankan waktu pengukuran atau observasi data independen dan dependen hanya pada satu saat (Nursalam, 2016). Pada penelitian ini peneliti akan meneliti hubungan kejadian demensia dengan tingkat kemandirian dalam pemenuhan pola ADL pada lansia yang di ukur pada waktu yang bersamaan.

3.2 Kerangka Kerja (*Frame Work*)

Kerangka kerja adalah tahapan atau langkah-langkah dalam kegiatan penelitian yang akan dilakukan untuk mengumpulkan data yang diteliti untuk mencapai tujuan penelitian Setiadi, (2013). Kerangka kerja dalam penelitian ini dapat dilihat pada bagan berikut:



Gambar 3.1 Kerangka Kerja (*Frame Work*) Hubungan kejadian demensia dengan tingkat kemandirian dalam pemenuhan pola ADL Di Panti Sosial Penyantun Budi Agung Kupang

3.3 Identifikasi Variabel

Variabel adalah perilaku atau karakteristik yang memberikan nilai beda terhadap suatu benda, manusia, dan lain-lain (Nursalam, 2013).

3.3.1 Variabel Independen (bebas).

Variabel independen (bebas) adalah variabel yang nilainya menentukan variabel lain (Nursalam, 2016). Dalam penelitian ini, variabel independennya adalah kejadian demensia.

3.3.2 Variabel Dependen (terikat).

Variabel dependen (tergantung) adalah variabel yang nilainya ditentukan oleh variabel lain (Nursalam, 2016). Dalam penelitian ini, variabel dependennya adalah tingkat kemandirian pola ADL.

3.4 Definisi Operasional

Definisi operasional merupakan penjelasan semua variabel dan istilah yang akan digunakan dalam penelitian secara operasional sehingga akhirnya mempermudah pembaca dalam mengartikan makna penelitian (Setiadi, 2013).

Defenisi operasional dalam penelitian ini adalah:

Tabel 3.1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
Dependen: Tingkat kemandirian dalam pemenuhan pola ADL	Suatu aktivitas yang dilakukan dari lanjut usia dalam memenuhi kebutuhan dasar sehari-hari 1. Berpakaian 2. Kontinen 3. Makanan/Nutrisi 4. Istirahat 5. Mandi 6. Ke kamar kecil	1. Nilai A: kemandirian dalam hal makan, kontinen, berpindah, ke kamar kecil, mandi dan berpakaian 2. Nilai B: kemandirian dalam semua hal kecuali 1 fungsi tersebut 3. Nilai C: kemandirian dalam semua hal kecuali mandi dan 1 fungsi tambahan 4. Nilai D: kemandirian dalam semua hal , kecuali mandi, berpakaian,dan 1 fungsi tambahan 5. Nilai E: kemandirian dalam semua hal , kecuali mandi, berpakaian,ke kamar kecil dan ke1 fungsi tambahan, 6. Nilai F: kemandirian dalam semua hal , kecuali mandi, berpakaian,berpinda dan 1 fungsi tambahan 7. Nilai G: ketergantungan pada ke enam fungsi tersebut	Kuesioner Indeks KATZ	Ordinal	Skor: Nilai : A-G Kategori: Mandiri : A-B Tergantung :nilai C-G Total: G 0: Total 1: Tergantung 2: Mandiri
Independen: Kejadian Demensia	Kondisi atau keadaan yang dialami oleh lansia akibat gangguan daya pikir (kognitif) yang menyebabkan terjadinya perubahan kepribadian dan tingkah laku	1. Orientasi 2. Registrasi 3. Perhatian dan kalkulasi 4. Mengingat 5. Bahasa	Kuesioner MMSE	Ordinal	Kategori: Tidak ada gangguan kognitif: 24-30 Gangguan kognitif sedang: 18-23 Gangguan kognitif berat: 0-17

3.5 Populasi, Sampling dan Sampel

3.5.1 Populasi

Populasi adalah subjek (misalnya manusia; klien) yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan, pembagian populasi menurut Nursalam (2016) meliputi:

1. Populasi target

Populasi target adalah populasi yang memenuhi kriteria sampling dan menjadi sasaran akhir penelitian (Nursalam, 2016). Populasi target dalam penelitian ini adalah semua lansia di Panti Sosial Penyantunan Lanjut Usia Budi Agung Kupang sebanyak 64 orang.

2. Populasi terjangkau

Populasi terjangkau adalah populasi yang memenuhi kriteria penelitian dan biasanya dapat dijangkau oleh peneliti dari kelompoknya (Nursalam, 2016). Populasi terjangkau dari penelitian ini adalah Semua lansia Panti Sosial Penyantunan Lanjut Usia Budi Agung Kupang sebanyak 54 orang dengan kriteria inklusi:

- a. Lansia yang bersedia menjadi responden
- b. Kesadaran komposmetis
- c. Lansia yang tidak mengalami *bedrest* total
- d. Lansia yang tidak buta huruf

3.5.2 Sampling

Sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi. Dalam penelitian ini teknik pengambilan sampling yang digunakan adalah teknik *purposive sampling*. Teknik *purposive sampling* adalah teknik pengambilan sampling atau sumber data sesuai dengan pertimbangan tertentu dimana sampel yang diambil memiliki kriteria yang sesuai (Sugiyono, 2017)

3.5.3 Sampel

Sampel adalah objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi. Sampel terdiri dari bagian populasi yang dapat dipergunakan sebagai subyek penelitian melalui *purposive sampling* (Nursalam, 2016), dengan jumlah 54 responden. Pada penelitian ini penentuan besarnya sampel diambil menggunakan rumus:

$$n = \frac{N}{1 + N (d^2)}$$

Keterangan:

n =Jumlah sampel

N = Jumlah Populasi

d = tingkat signifikan (0,05)

$$n = \frac{62}{1 + 62 (0,05)^2}$$

$$n = \frac{62}{1 + 62 (0,0025)}$$

$$n = \frac{62}{1 + 0,155}$$

$$n = \frac{62}{1,155}$$

N = 54 sampel

Sampel yang digunakan dalam penelitian ini berjumlah 54 orang.

3.6 Pengumpulan Data dan Analisis Data

3.6.1 Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subyek dan proses pengumpulan karakteristik subyek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2016). Prosedur pengumpulan data dalam penelitian ini adalah:

3.6.1.1 Proses Pengumpulan Data

Setelah mendapat ijin dari Rektor Universitas Citra Bangsa Kupang, Ketua Program Studi Ners, Kepala Panti Sosial Penyantunan Budi Agung Kupang, kemudian peneliti mengadakan pendekatan kepada responden dengan menjelaskan tujuan penelitian. Setelah responden memahami maksud dan tujuan, peneliti meminta kesediaan menjadi responden penelitian. Setelah responden menyetujui, maka responden diminta untuk menandatangani lembar persetujuan menjadi responden. Setelah itu peneliti di damping petugas untuk membantu responden mengisi lembaran kuesioner. Hubungan kejadian demensia dengan tingkat kemandirian dalam pemenuhan pola ADL di Panti Sosial

Penyantunan Lanjut Usia Budi Agung Kupang, setelah semua data telah diisi, peneliti akan memeriksa kuesioner yang telah diisi, jika ada yang tidak terisi akan dikembalikan untuk dilengkapi lagi. Jika semua sudah terisi akan digunakan sebagai data penelitian.

3.6.1.2 Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data adalah alat-alat yang digunakan untuk pengumpulan data (Notoatmojo, 2010). Instrumen pengumpulan data dalam penelitian ini adalah Kuesioner. Untuk mengukur tingkat demensia, kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner *MMSE (Mini Mental State Examination)* dan kuesioner indeks KATZ untuk mengukur pola ADL. Kedua kuesioner yang digunakan merupakan kuesioner baku.

3.6.1.3 Rencana Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian akan dilaksanakan selama bulan juli 2020 Di Panti Sosial Penyantunan Lanjut Usia Budi Agung Kupang

3.6.2 Analisa Data

Menurut (Hidayat, 2011) analisa data merupakan bagian yang sangat penting untuk tujuan pokok penelitian yang mengungkapkan fenomena, dalam melakukan analisis, terlebih dahulu harus diolah dengan tujuan mengubah data menjadi responden. Dalam statistik, informasi yang diperoleh dipergunakan untuk pengambilan keputusan, terutama dalam pengujian hipotesis (Hidayat, 2009).

Dalam proses pengolahan data terdapat langkah-langkah yang harus ditempuh, di antaranya:

3.6.2.1 Editing

Yaitu kegiatan penyusunan data yang telah terkumpul dan melakukan pengecekan kelengkapan data untuk mengoreksi kesalahan data yang tidak lengkap dan tidak dipakai dalam penelitian.

3.6.2.2 Coding

Merupakan kegiatan pemberian kode numerik (angka) terhadap data yang terdiri atas beberapa kategori sesuai nomor urut responden.

3.6.2.3 Scoring

Menentukan skor atau nilai pada tiap item pertanyaan dan menentukan nilai terendah dan tertinggi.

3.6.2.4 Tabulating

Tabulating merupakan kegiatan penyusunan data dengan mengklasifikasi ke dalam bentuk tabel, sehingga akan mempermudah dalam menganalisa data

3.4.2.5 Uji statistik

Ujistatistik yang digunakan dalam penelitian ini adalah *spearman rank* uji data yang dikemas dalam bentuk data ordinal. Uji ini digunakan untuk melihat apakah ada hubungan antara kejadian demensia dengan pola pemenuhan ADL. Uji statistik ini dengan menggunakan komputerisasi dengan nilai signifikan α (0,005).

3.7 Etika Penelitian

Menurut Hidayat (2009) Etika penelitian keperawatan merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian, mengingat penelitian keperawatan berhubungan langsung dengan manusia, maka segi etika penelitian harus diperhatikan antara lain:

3.7.1 *Respect for Human Dignity* (menghargai berkat dan martabat)

Peneliti berkewajiban untuk menghargai harkat dan martabat partisipan sebagai manusia, menurut Afiyanti dan Rachmawati (2014). Beberapa prinsip yang harus diperhatikan oleh peneliti dalam menghargai harkat dan martabat partisipan adalah sebagai berikut:

1. *Respect for autonomy* (menghormati otonomi)

Partisipan memiliki hak bebas untuk menentukan secara sukarela dan tanpa paksaan untuk berpartisipasi atau menolak terlibat dalam penelitian. Penelitian harus menghargai keputusan partisipan apabila partisipan memutuskan untuk tidak melanjutkan keterlibatan dalam proses penelitian (Afiyanti dan Rachmawati, 2014).

2. *Anonymity* (tanpa nama)

Dalam membuat laporan hasil penelitian, peneliti tidak boleh menyebutkan identitas partisipan yang telah terlibat dalam penelitian.

Hasil rekapan dari partisipan diberi kode partisipan tanpa nama.

3. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Informasi yang telah diperoleh dari semua partisipan akan dirahasiakan oleh peneliti dan menyimpannya hanya untuk keperluan pelaporan hasil penelitian

3.7.2 *Beneficience* (Berbuat baik)

Pada prinsip etika *beneficience*, peneliti akan memperlihatkan kesejahteraan partisipan dengan memperlihatkan kemanfaatan dari penelitian yang dilakukan. Peneliti berkewajiban menghargai partisipan sebagai sumber informasi dari penelitian yang dilakukan

3.7.3 *Non-maleviciencia* (tidak merugikan)

Peneliti meminimalkan resiko dari kegiatan peneliti yang dilakukan dengan tidak merugikan partisipan. Selain itu, peneliti akan memperhatikan agar partisipan bebas dari bahaya, eksploitasi dan ketidaknyamanan saat proses penelitian berlangsung.

3.7.4 *Justice* (keadilan)

Dalam *prinsip justice*, semua partisipan memiliki hak yang sama untuk terlibat dalam penelitian tanpa adanya paksaan, tekanan dan diskriminasi. Penelitian memiliki kewajiban untuk memperlakukan semua partisipan secara adil dan memberikan kesempatan yang sama pada partisipan untuk memberikan informasi terkait penelitian. Penghargaan yang sama juga diberikan tanpa membedakan suku, agama, etnis, dan status sosial partisipan (Afiyanti, Dkk, 2014)

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan di uraikan hasil penelitian dan pembahasan tentang hubungan kejadian demensia dengan tingkat kemandirian pola *activity of daily living* (ADL) pada lansia di Panti Sosial Penyantun Budi Agung Kupang yang dilaksanakan pada tanggal 16 s/d 25 juli 2020 data diperoleh melalui lembar kuesioner terhadap 54 responden di Panti Sosial Penyantun Budi Agung Kupang

4.1 Hasil Penelitian

4.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Panti sosial penyantun “Budi Agung” Kupang berdiri pada tahun 1968 di jalan Rambutan No 9 Oepura. Pada awalnya Panti ini merupakan UPTD Kantor Wilayah Departemen Sosial Provinsi Nusa Tenggara Timur. Pada tahun 2000 setelah likuidasi Departemen sosial dan dalam pelaksanaan otonomi daerah, Panti Sosial Penyantun Budi Agung Kupang diserahkan kepada daerah, dan dengan Peraturan Gubernur nomor 36 tahun 2008 tanggal 30 November 2008 tentang organisasi dan tata kerja UPT Dinas dan Badan Provinsi NTT yang berubah namanya menjadi UPT Panti Sosial Penyantun Lanjut Usia Budi Agung Kupang (UPT PS PLUBAK) Sesuai dengan Undang-Undang Nomor 13 tahun 1998 tentang kesejahteraan lanjut usia dimana UPT Kesejahteraan Lanjut Usia “Budi Agung” Kupang mengupayakan terwujudnya kesejahteraan lanjut usia dengan menciptakan rasa aman, nyaman dan tenteram di hari tua. Panti ini dapat menampung sebanyak 100 orang dengan jumlah lansia saat ini sebanyak 54 orang. Sumber daya manusia yang memberikan pelayanan kepada lansia adalah PNS sebanyak 22 orang, dan pegawai non PNS (pengasuh) sebanyak 11 orang UPT PS BLUBAK memiliki 11 wisma yaitu, Kamboja, Cemara, Melati, Anggrek, Teratai, Mawar, Sakura, Cempaka, Bogenvile, Kenanga, Flamboyan, dan 1 ruangan Isolasi dari 11 wisma. Ada 4 wisma yang di tempati oleh lansia wanita, 6 wisma yang di tempati oleh lansia laki-laki dan 1 wisma ditempati oleh lansia yang berkeluarga. Setiap wisma mempunyai 5 kamar yang di tempati oleh 5-7 lansia dan setiap wisma di didampingi oleh masing-masing satu pengasuh. Batas Panti bagian timur berbatasan dengan rumah warga, bagian utara berbatasan dengan kantor UPTD

Wilayah Departemen Sosial Provinsi Nusa Tenggara Timur, bagian selatan berbatasan dengan rumah warga, dan bagian barat berbatasan dengan Akademi Pekerjaan Sosial (APS).

4.1.2 Data Umum

Data ini menggambarkan karakteristik umum responden yaitu meliputi jenis kelamin, umur, lama tinggal di panti, penyakit yang pernah di derita, dan obat yang saat ini dikonsumsi.

4.1.2.1 Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis kelamin

Tabel 4.1 Karakteristik Responden Berdasarkan jenis kelamin di Panti Sosial Penyantun Lanjut Usia Budi Agung Kupang

Jenis kelamin	Frekuensi	Persentase
Laki-laki	32	59,3
Perempuan	22	40,7
Total	54	100

Sumber: Data Primer Juli 2020

Berdasarkan tabel diatas dapat dilihat bahwa sebagian besar responden berjenis kelamin laki-laki yaitu 32 lansia (59,3%)

4.1.2.2 Karakteristik Responden Berdasarkan Umur

Tabel 4.2 Karakteristik Berdasarkan Umur Di Panti Sosial Penyantun Lanjut Usia Budi Agung Kupang

Umur	Frekuensi	Persentase
64-68	26	48,1
70-79	28	51,9
Total	54	100

Sumber: Data Primer Juli 2020

Berdasarkan tabel diatas dapat dilihat bahwa sebagian besar responden berumur 70-79 tahun sebesar 28 lansia (52%)

4.1.2.3 Karakteristik Responden Berdasarkan lama tinggal dipanti

Tabel 4.3 Karakteristik berdasarkan lama tinggal di Panti Sosial Penyantun Budi Agung Kupang

Lama tinggal dipanti	Frekuensi	Persentase
>1tahun	30	55,6
<1tahun	24	44,4
Total	54	100

Sumber: Data Primer Juli 2020

Berdasarkan tabel diatas dapat dilihat bahwa sebagian besar responden yang tinggal di panti selama lebih dari satu tahun yaitu 30 (55,6%).

4.1.2.4 Karakteristik Responden Berdasarkan gejala yang pernah diderita

Tabel 4.4 Karakteristik berdasarkan gejala yang pernah diderita di Panti Sosial Penyantun Budi Agung Kupang

Penyakit yang pernah diderita	Frekuensi	Persentase
Nyeri dada	7	13.0
Jantung berdebar	4	7.4
Gatal	9	16.7
Pusing	11	20.4
Sesak	5	9.3
Diare	4	7.4
Batuk	8	14.8
Panas nyeri sendi	6	11.1
Total	54	100

Sumber: Data Primer Juli 2020

Berdasarkan tabel diatas dapat dilihat bahwa sebagian besar responden mengalami pusing sebanyak 11 lansia (20.4%)

4.1.3.5 Karakteristik Responden Berdasarkan obat yang saat ini di konsumsi

Tabel 4.5 Karakteristik responden berdasarkan obat yang saat ini dikonsumsi Di Panti Sosial Penyantun Budi Agung Kupang

Obat yang di konsumsi	Frekuensi	Persentase
Obat HT	13	24.1
Obat DM	7	13.0
Obat asam urat	9	16.7
Tidak ada obat yang dikonsumsi	25	46.3
Jumlah	54	100

Sumber: Data Primer Juli 2020

Berdasarkan tabel diatas dapat dilihat bahwa sebagian besar responden tidak mengonsumsi obat-obatan sebanyak 25 (46.3%), dan terdapat 13 (24,1%) lansia yang mengonsumsi obat HT

4.1.3 Data Khusus

Dibawah ini diuraikan karakteristik responden berdasarkan Tingkat Kemandirian Dalam Pemenuhan Pola *Activity of daily living* dan Kejadian Demensia pada lanjut usia

4.1.3.1 Distribusi Responden Berdasarkan Kejadian Demensia di Panti Sosial Penyantun Budi Agung Kupang

Tabel 4.6 Distribusi Responden Berdasarkan Kejadian Demensia di Panti Sosial Penyantun Budi Agung Kupang

Kategori	Frekuensi	Presentase %
Tidak ada gangguan kognitif	25	46.3
Gangguan kognitif sedang	19	35.2
Gangguan kognitif berat	10	18.5
Total	54	100

Sumber: Data Primer Juli 2020

Berdasarkan Tabel 4.6 menunjukkan Kejadian Demensia dari 54 responden, dengan frekuensi tertinggi adalah responden dengan kejadian demensia pada kategori tidak ada gangguan kognitif, yaitu sebanyak 25 responden (46,3%) dan paling sedikit kategori gangguan kognitif berat yaitu sebanyak 10 (18,5%)

4.1.3.2 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Kemandirian Dalam Pemenuhan Pola ADL Pada Lansia di Panti Sosial Penyantun Budi Agung Kupang

Tabel 4.7 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Kemandirian Dalam Pemenuhan Pola ADL Pada Lansia di Panti Sosial Penyantun Budi Agung Kupang

Kategori	Frekuensi	Persentase %
Total	10	18.5
Tergantung sebagian	20	37.0
Mandiri	24	44.4
Total	54	100.0

Sumber: Data Primer Juli 2020

Berdasarkan Tabel 4.7 di atas menunjukkan Tingkat Kemandirian di Panti Sosial Penyantun Budi Agung Kupang termasuk dalam kategori Mandiri yaitu sebanyak 24 responden (44,4%) dan paling sedikit kategori total yaitu (18,5%)

4.1.3.3 Hubungan kejadian demensia dengan tingkat kemandirian dalam pemenuhan pola ADL pada lansia DiPanti Sosial Penyantun Budi Agung Kupang

Tabel 4.8 Hubungan kejadian demensia dengan tingkat kemandirian dalam pemenuhan pola ADL pada lansia di Panti Sosial Penyantun Budi Agung Kupang

Variabel	N	R	ρ value
Hubungan kejadian demensia dengan tingkat kemandirian dalam pemenuhan pola ADL pada lansia	54	0,936	0,000

Sumber: Data Primer Juli 2020

Berdasarkan hasil uji statistik menggunakan *Spearman Rho* diperoleh hasil ρ value 0,000 dengan nilai α (0,05) maka $\rho < \alpha$ maka H_0 ditolak dan H_1 diterima yang berarti ada hubungan antara hubungan kejadian demensia dengan tingkat kemandirian dalam pemenuhan pola *Activity of daily living* dengan koefisien korelasi (r) = 0,936 yang bermakna kekuatan hubungannya sangat kuat dan arah hubungannya positif. Dari uji statistik di atas dapat dimaknai semakin tinggi tingkat demensia maka semakin tinggi pula tingkat ketergantungan lansia.

4.2 Pembahasan

4.2.1 Kejadian Demensia

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar 53,7% responden mengalami demensia dengan kriteria gangguan kognitif sedang 19 responden (35,2%) dan gangguan kognitif berat 10 responden (18,5%).

Boustami dan Richard (2007) yang menyatakan bahwa demensia diakibatkan oleh proses kemunduran yang terus menerus pada fungsi kognitif yang berkaitan dengan kerusakan otak atau penyakit pada otak pada proses penuaan. Menurut Pieter and Janiwarti, (2011) Demensia merupakan penyakit degeneratif yang sering menyerang pada orang yang berusia diatas 60 tahun. Demensia terjadi akibat kerusakan sel-sel otak dimana sistem saraf tidak lagi bisa membawa informasi ke dalam otak, sehingga membuat kemunduran pada daya ingat, keterampilan secara progresif, gangguan emosi, dan perubahan perilaku, penderita demensia sering menunjukkan gangguan perilaku harian. Menurut Suardiman (2011) demensia adalah fungsi kognitif dari tingkat kemampuan dasar sehari-hari dan timbulnya perilaku yang tidak selaras dalam kehidupan sehari-hari. Menurut Gluhm et al, (2011) hal tersebut kemungkinan karena semakin tua

manusia akan terjadi kemunduran baik kognitif ataupun fisik. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Eka Wulandari (2016) 50% lansia di puskesmas lawang mengalami demensia ringan.

Adapun faktor lain Menurut Greening L (2009) yang diakibatkan oleh kejadian demensia yaitu Usia, jenis, kelamin, genetic, dan riwayat penyakit keluarga, disabilitas intelektual dan *sindrom down* adalah faktor risiko. Penyebab terjadinya demensia yaitu demensia terjadi karena sel saraf otak di bagian tertentu mengalami kerusakan, sehingga menyebabkan kemampuan otak untuk berkomunikasi dengan saraf tubuh lainnya menjadi menurun. Akibatnya, pengidap demensia akan mengalami gejala sesuai area otak yang mengalami kerusakan. Demensia umumnya berkembang secara progresif. Tamher's (2019) Demensia terdapat pada sekitar 3% lansia yang berusia antara 65-74 tahun dan meningkat sampai 47% pada usia jompo (lebih dari 80 tahun), dan sekitar 56,8% lansia mengalami demensia dalam bentuk demensia (4% dialami lansia yang telah berusia 75 tahun, 16% pada usia 85 tahun, dan 32% pada usia 90 tahun). Hal ini sejalan dengan hasil penelitian dimana sebagian besar (52%) lansia yang menjadi responden berada pada usia 70-79 tahun.

Penelitian yang dilakukan oleh Ninik Murtiyani (2016) di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia Pasuruan Di Pandaan menunjukan 34 responden. Terdapat sebagian 6 responden (17,6%) tidak ada gangguan kognitif, Disusul dengan 15 responden yang mengalami gangguan kognitif sedang (14,1%), dan terdapat 13 responden (38,2%) mengalami gangguan kognitif berat. Dilihat dari hasil tabulasi demensia lansia bahwa dari 34 lansia hanya 6 (17,6%) responden yang tidak mengalami gangguan kognitif. Hal ini tidak sejalan dengan hasil penelitian dimana sebagian besar 25 (46.3%) lansia tidak mengalami gangguan kognitif.

Penelitian berpendapat bahwa permasalahan ini dapat disimpulkan demensia dapat menyerang lanjut usia akibat penurunan daya ingat, semakin tinggi usia pada lansia maka akan semakin tinggi tingkat demensia.

4.2.2 Tingkat Kemandirian Dalam Pemenuhan Pola ADL

Hasil penelitian menunjukkan bahwa 24 (44,4%) responden memiliki tingkat kemandirian dalam pemenuhan pola ADL dengan kriteria mandiri.

Menurut Smeltzer & Bare (2009) *Activity Daily Living* (ADL) disebut juga dengan Aktivitas Kehidupan Sehari-hari (AKS) adalah aktivitas pokok berupa perawatan diri yang dilakukan setiap hari untuk memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari. Setiahardja (2005) Pengkajian ADL penting untuk mengetahui tingkat ketergantungan atau besarnya bantuan yang diperlukan dalam kehidupan sehari-hari. ADL yaitu keterampilan dasar yang harus dimiliki seseorang untuk merawat dirinya meliputi berpakaian, makan dan minum, *toileting*, mandi, berhias. Ada juga yang memasukkan kontinensi buang air besar dan buang air kecil dalam kategori ADL. Tamher –Noorkasiani (2009) menyatakan bahwa keterbatasan gerak merupakan penyebab utama gangguan aktivitas hidup keseharian ADL (*Activity of daily living*).

Kemandirian lansia dalam *activity of daily living* didefinisikan sebagai kemandirian seseorang dalam melakukan aktivitas dan fungsi-fungsi kehidupan sehari-hari yang dilakukan oleh manusia secara rutin dan universal Kane (2012). Menurut Ediawati (2012) untuk melihat kemampuan fungsional seseorang khususnya lansia dapat diamati dari kemampuannya melakukan aktivitas sehari-hari. *Activity of daily living* (ADL) adalah fungsi-fungsi bersifat fundamental terhadap kehidupan mandiri klien yang meliputi mandi, berpakaian, pergi ke kamar mandi, dan makan. Bagi lansia kemandirian ini sangat penting untuk merawat dirinya dalam pemenuhan kebutuhan dasar manusia sehari-hari Alimun (2004)

Aktivitas kegiatan sehari-hari adalah hal-hal yang dilakukan seseorang dengan dirinya sendiri dalam mempertahankan hidup, kesehatan dan kesejahteraan menurut Meriyam, (2008). ADL menurut Setiahardja (2005) adalah mencakup perawatan diri (seperti berpakaian, makan dan minum, eliminasi, mandi, berhias, juga menyiapkan makanan, memakai telepon, menulis, mengelola uang dan mobilitas (seperti berguling di tempat tidur, bangun dan duduk, berpindah atau bergeser dari tempat tidur ke kursi atau dari satu tempat ke tempat yang lain). Adapun Suhartini (2004) penurunan aktivitas pada lansia berdampak pada

ketergantungan dan dapat dilihat dari kualitas kesehatan mental dan selain itu dapat dilihat dari kualitas hidup apabila ketergantungan tidak segera diatasi, maka akan menimbulkan beberapa akibat seperti gangguan sistem tubuh, timbulnya penyakit menurun *Activity Daily Living*

Penelitian yang dilakukan oleh Eka Wulandari (2016), dimana terdapat 59% lansia di Puskesmas Lawang tergolong dalam ketergantungan mandiri dengan alat bantu dikarenakan semakin tua usia manusia akan terjadi kemunduran baik itu penurunan fisik maupun kognitif sehingga sangat memungkinkan lansia memerlukan alat bantu dalam memenuhi ADL. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian dimana sebagian besar 24 (44,4%) responden mandiri.

Penelitian yang dilakukan oleh Ninik Murtiyani (2016) di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia Pasuruan Di Pandaan didapatkan 16 responden (47,1%) mengalami ketergantungan moderat, di karenakan lansia yang mengalami gangguan kognitif (demensia) akan juga mengalami ketergantungan pemenuhan kebutuhan ADL walaupun itu ketergantungan ringan, moderat, berat, bahkan penuh, Hal ini tidak sejalan dengan penelitian dimana penelitian sebagian besar 24 (44,4%) responden mandiri.

Peneliti berpendapat, semakin tinggi usia seorang lansia, maka tingkat ketergantungan dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari akan meningkat, dapat disimpulkan bahwa semakin bertambah usia lansia akan semakin mengalami penurunan daya ingat.

4.2.3 Hubungan Kejadian Demensia Dengan Tingkat Kemandirian Dalam Pemenuhan Pola Activity of Daily Living Pada Lansia

Berdasarkan hasil uji statistik menggunakan *spearman rho* diperoleh hasil *p value* 0,000 dengan nilai α (0,05) maka $p < \alpha$ yang berarti adanya hubungan antara hubungan kejadian demensia dengan tingkat kemandirian dalam pemenuhan pola ADL pada lansia. Kekuatan hubungan (r) = 0,936 berarti kekuatan hubungan kuat, arah hubungan positif artinya semakin lama lansia mengalami demensia maka akan berpengaruh pada tingakat kemandirian pola *Activity of daily living* pada lansia tersebut.

Menurut Azizah (2011) menjelaskan bahwa demensia dapat mempengaruhi kemampuan aktivitas sehari-hari karena dipengaruhi kumpulan gejala yang ada

seperti penurunan fungsi kognitif, perubahan mood, dan tingkalku. Menurut Setiono dan Hidayati, (2015) penyandang demensia selain mengalami kelemahan kognitif secara bertahap juga akan mengalami kemunduran aktivitas sehari-hari. Adapun Palestin, (2006) Mengatakan lansia yang mengalami gangguan kognitif pada jaringan otak memiliki resiko lebih berat dibandingkan responden yang mengalami gangguan fungsi efektif. Perubahan fungsi kognitif terlihat sebagai gejala awal faktor neurologis sebelum muncul gangguan perilaku sosial seperti gangguan aktivitas sehari-hari.

Nugroho, (2008) menyatakan bahwa lansia tentunya juga akan berpengaruh pada aktivitas kehidupannya sehari-hari karena adanya penurunan kualitas hidup lansia yang berimplikasi pada kemandirian dalam melakukan aktivitas hidup sehari-hari, dan lansia yang mengalami gangguan kognitif akan mengalami ketergantungan.

Dalam Fatmah, (2010) mengatakan Hubungan antara demensia dan aktivitas sehari-hari (*activities of daily living*) adalah sesuatu yang positif dan kontroversial terutama pada golongan usia lanjut, karena perubahan disemua sistem di dalam tubuh manusia tersebut dan salah satu misalnya terdapat pada sistem saraf, ada juga perubahan yang dapat mengakibatkan terjadinya penurunan dari fungsi otak, berat pada lansia Pada lansia umumnya menurun 10-20% dengan penurunan ini terjadi pada usia 60-70 tahun ke atas.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Murhayani, (2010) terdapat hubungan yang signifikan 0,05 yang berarti ada hubungan antara demensia dengan ADL (*Activity of daily living*) pada lansia di Desa Kalirejo Wilayah Kerja Puskesmas Lawang, dikarenakan penelitian yang diperoleh secara sub variabel tentang kemampuan lansia dengan demensia dalam memenuhi kebutuhan salah satunya membersihkan tubuh (mandi) didapatkan hasil bahwa lebih dari setengahnya lansia mandiri dengan alat bantu. Hal ini sejalan dengan penelitian bahwa sebagian besar tingkat demensia mempengaruhi kebutuhan dasar kehidupan sehari-hari pada lansia dikarenakan masih ada lansia yang kesulitan membedakan mana sabun yang digunakan untuk mandi dan cuci.

Penelitian yang dilakukan oleh Ninik Murtiyani, (2016) di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia Pasuruan Di Pandaan menyatakan bahwa ada hubungan antara

kejadian demensia dan tingkat ketergantungan dalam pemenuhan ADL dengan kekuatan hubungan adalah 0,393, dikarenakan jelas terdapat perubahan struktur otak manusia karena seiring bertambahnya usia maka akan berpengaruh pada aktivitas sehari-hari sehingga dapat menurunkan kualitas hidup lansia. Hal ini sejalan dengan penelitian dimana kekuatan hubungan yang kuat antara 0,936 antara kejadian demensia dengan tingkat kemandirian dalam pemenuhan pola ADL.

Berdasarkan penelitian ini peneliti berpendapat bahwa ada keterkaitan antara kejadian demensia dengan tingkat kemandirian pola ADL pada lansia.

BAB V

PENUTUP

Pada bab ini akan di bahas kesimpulan dan saran dari hasil penelitian mengenai hubungan kejadian demensia dengan tingkat kemandirian dalam pemenuhan pola adl pada lansia DiPanti Sosial Penyantun Budi Agung Kupang

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa:

1. Sebagian besar responden mengalami demensia dengan kategori kriteria tidak ada gangguan kognitif yaitu 25 responden (46,3%).
2. Sebagian besar responden tingkat kemandirian dalam pemenuhan pola ADL dalam kategori mandiri yaitu 24 responden (44,4%)
3. Ada hubungan kejadian demensia dengan tingkat kemandirian dalam pemenuhan pola ADL

5.2. Saran

1. Bagi lansia

Dari hasil penelitian ini saran bagi lansia yaitu selalu terlibat disetiap upaya-upaya kesehatan yang dilakukan oleh perawat, misalnya promosi kesehatan senam otak sebagai upaya peningkatan kesehatan lansia.

2. Tempat penelitian

Disarankan untuk dapat meningkatkan strategi perawatan untuk lanjut usia yang mengalami gangguan kognitif dengan melakukan aktifitas atau kegiatan yang dapat mengurangi kejadian demensia.

DAFTAR PUSTAKA

- Afiyanti, Yati dah Rachmawati, Imami Nur. (2014). Metodologi Penelitian Kualitatif Dalam Riset Keperawatan. Jakarta: Rajawali press.
- Alamsyah, Ali. 2017. Mengenal Secara Dini Demensia Syndrome Dan Dampak Buruknya. Jakarta. Diakes tanggal 12 desember 2017 pada pukul 14.05 WIB
- Aminah, Siti. *Perawatan lansia dengan Demensia*; Universitas Sumatra Utara; diakes pada tanggal 29/03/2012, dari <http://dgalib.unimus.ac.id>.
- Asrori dan Putry. 2014. Panduan Perawatan Pasien Dimensia di Rumah. Malang: Umm Prees.
- Aziza, LM, 2011. Kerawatan usia lanjut. Yokyakarta, Graha ilmu.
- Bandiyah, Siti, (2009). Lanjut usia dan keperawatan gerontik. Yokyakarta: Nuhamedika
- Depkes RI, 2010. Pedoman Pembinaan Kesehatan Lanjut Usia Bagi Petugas Kesehatan. Jakarta: Direktorat Dinas Kesehatan Keluarga.
- Dwi Suryanto. (2012). Hubungan Tingkat Demensia Dengan Tingkat Kemampuan Aktivitas Dasar Sehari-Hari Pada Lanjut Usia Di Desa Kraja Gatak Sukoharjo
- Ediawati. 2013. Gambaran Tingkat Kemandirian Dalam *Activity Of Daily Living* (ADL) dan Resiko Jatuh pada Lansia di Panti Sosial TresnaWerdha Budi Mulia 01 dan 03. Jakarta timur.
- Fatma, 2010 Usia Lanjut. Erlangga. Jakarta.
- Galvin Je Roe CN, Xiong C, morries JC. *Validity and reliability of the AD8 informant interview in dementia. Neurology*. 2006;67:1942
- Gluhmet all. 2013. *Cognitive Performance On The Mini-Mental State Examination and the Montreal Cognitive Assessment Across the Healtyhy Adult Lifespan. National institutes of health, 1-11.*
- Greening L, Greaves I,.community pract. 2009;(5):20-3. *Greaves N. Positive thinking on dementia in primary care: Gnosall memory clinic*
- Hidayat. 2009.Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik. Analisis Data. Jakarta: Salemba Medika.
- Hidayat. 2011. Metode Penelitian Keperawatan Dan Teknik Analisis Data. Jakarta: Salemba Medika

- Kamaja, Danu. (2014). Hubungan depresi dan demensia pada pasien lanjut usia dengan hipertensi primer.(skripsi) falkutas kedokteran Univeritas Diponegoro
- Kemenkes. RI. 2010. Pedoman rehabilitasi kognitif. Diambil dari <http://www.menkesri.go.id> di akses tanggal 14 januari 2015.
- Maryam. 2011. Mengenal Usia Lanjut Dan Keperawatannya. Jakarta: Salemba Medika.
- Moeloek, N.F (2016) Menkes: lansia yang sehat, lansia yang jauh dari Demensia. *Artikel* diunduh dari <http://www.depkes.go.id/article/view/16031000003/menkes-lansia-yang-sehat-lansi-yang-jauh-dari-demensia.html> pada 4 januari 2017
- Murhayani, P.W. demensia dengan gangguan aktivitaskehidupan sehari-hari (AKS) lansia di PSTW Warga tama inderalaya. Jurnal IKM, 2010., Vol.1 .
- Murtiyani, Dkk, (2016). Studi korelasi demensia dengan tingkat ketergantungan lansia dalam pemenuhan *Activities Of Daily Living*. Jurnal keperawatan, 9(2), 41-48.
- Mustayah dan Eka Wulandari, (2016). Demensia Dengan Kemampuan Pemenuhan Kebutuhan ADL (*Activity Of Daily Living*) pada Lansia di Desa Kalirejo Wilayah Kerja Puskesmas Lawang-Malang. Jurnal Keperawatan
- Ninik, Dkk, (2016). Studi Korelasi Demensia Dengan Tingkat Ketergantungan Lansia Dalam Pemenuhan *Activities Of Daily Living*. Jurnal keperawatan vol.9 no 2
- Notoatmojo. 2010. Ilmu Perilaku Kesehatan. Jakarta: Salemba Medika
- Nugroho, W. 2000. *Keperawatan Gerontik*. Edisi 2. Jakarta: Balai Penerbit EGC.
- Nugroho, Wahjudi. (2008). Keperawatan Gerontik Dan Geriatrik Edisi 3. Jakarta : Egc
- Nugroho, Wahjudi. (2012). Keperawatan Gerontik Dan Geriatrik Edisi 3. Jakarta : Egc
- Nursalam. 2013. Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Edisi 3. Jakarta:Salemba Medika
- Nursalam. 2016. Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis/Nursalam. Jakarta:Salemba Medika
- Palestin B, 2006; *pengaruh umur, depresi, depresi terhadap disabilitas fungsional lansia*; diakses tanggal 18/11/2011, dari <http://inna-ppni.or.id>

- Pieter dan Janiwarti. 2011. Pengantar Psikopatologi untuk keperawatan. Jakarta: kencana.
- Potter Dan Perry. 2009. Fundal Mendal Keperawatan, Edisi 7. Jakarta :Salemba Medika
- Pujiastuti. 2003. Fisio Terapi Pada Lansia Jakarta : EGC
- Putri Widita Murhayani. (2010). Demensia Dan Gangguan Aktivitas Kehidupan Sehari-Hari (Aks) Lansia Di Panti Sosial Tresna Werdha Wargatama Inderalaya, Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat, Volume 1, No.1 Maret 2010 *Shcolar.Google.Com*
- Setiadi. 2013. Konsep dan Penulisan Riset Keperawatan. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Setiahardja. 2005. Penilaian Keseimbangan Dengan Aktivitas Kehidupan Sehari-Hari Pada Lansia
- Setiono, M dan Hidayati, N.S. 2015 “Terapi Alternatif dan Gaya Hidup Sehat” Yogyakarta: Pradipta Publishing.
- Smeltzer Dan Bare. 2009. Buku Ajar Keperawatan Medical Bedah Brunner Dan Suttidar. Jakarta: EGC
- Stanley Dan Beare. 2017. Buku Ajar Keperawatan Gerontik. Jakarta: EGC
- Stanley, Mickey. (2006). *Buku ajar keperawatan gerontik*. Alih bahasa. Ed 2. Jakarta: EGC
- Stanley. 2007. Buku Ajar Keperawatan Gerontik, Edisi 3. Jakarta : EGC
- Stuart Dan Laraia. 2005. Buku Saku Keperawatan Jiwa (Terjemahan). Jakarta : EGC
- Sugiyono. (2017). Metode Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D. Bandung: Alfabeta, CV.
- Sya'diyah, Hidatus (2018). Keperawatan Lanjut Usia, Edisi pertama. Sidoarjo: Indonesia Pustaka.
- Turuna. Mayza dan Luwempouw, 2004. Pemeriksaan Status Minimental pada Usia Lanjut di Jakarta. Medika, 2004., Vol. 30, 9, 563-568.
- Wallace dan Shekely. 2008. Kemandirian lansia .Diakses dari <http://lansia Mandiri-kti 2013.blogspot.com> pada tanggal 20 juli 2016 14.00
- WHO. 2016. Dementia. Diunduh dari <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en/#> 9 agustus 2016.

Yudhanti Evina, 2016. Hubungan aktivitas fisik dengan kejadian demensia pada lansia di balai pelayanan sosial Tresna Werdah Yokyakarta. Unit budi luhur. Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas 'Aisyah Yokyakarta. (tidak di publikasikan)

Lampiran 1

SURAT PRA PENELITIAN

Citra Husada Mandiri Kupang
Institute of Health Sciences
(STIKes CHMK)



*The Leading Health Institute
for Global Community*

Nomor : 0242/PRA-PLT/STIKesCHMK/ADUM/IX/2018
Lampiran : -
Perihal : Ijin Pengambilan Data Pra Penelitian

Kepada Yth.
Kepala Dinas Kesehatan Kota Kupang

di
Tempat

Dengan Hormat,

Selubungan dengan kegiatan pengambilan data untuk penyelesaian Tugas Akhir (Skripsi), maka kami mohon kesediaan Bapak/Ibu sebagaimana perihal surat di atas. Adapun data mahasiswa/i kami adalah sebagai berikut :

Nama Mahasiswa	: MARGARETHA LENDE
NIM	: 151111067
Program Studi	: S1 Keperawatan
Tahun Masuk / Semester	: 2015 / VII (Tujuh)
Judul	: HUBUNGAN KEJADIAN DEMENSIA DENGAN PEMENUHAN POLA ADL PADA LANSIA
Waktu	: 28 September 2018 s/d 07 Oktober 2018
Lokasi	: Dinas Kesehatan Kota Kupang

Demikian surat permohonan kami. Atas bantuan dan kerjasama Bapak/Ibu kami sampaikan terima kasih.

Kupang, 27 September 2018
Ketua Lembaga Penjaminan Mutu

Asyraf X. Paulus, S.KM., M.Kes (Epid)

Tembusan :
1. Kepala Panti Werda Budi Agung Kota Kupang;
2. Mahasiswa yang bersangkutan;
3. Arsip

1701 Menafe Street, Kayu Putih
0380-8553961
chmk.ac.id

Lampiran 2

SURAT BALASAN



PEMERINTAH PROVINSI NUSA TENGGARA TIMUR
DINAS SOSIAL

UPT. KESEJAHTERAAN SOSIAL LANJUT USIA DI KUPANG
 Jalan Rambutan No. 09 Telepon/Faximile (0380) 821583 Kupang

Kupang, 13 September 2018

Nomor : 117.1/UPT.Kesos LU/NTT/IX/2018.
 Lampiran : -
 Perihal : Ijin Pengambilan Data Awal.

Kepada
 Yth Ketua STIKes CHMK
 di -
 Kupang.

Menunjuk surat Ketua STIKes CHMK nomor:0155/PRA-PLT/STIKESCHMK/ADUM/IX/2018 tanggal 10 September 2018 perihal Ijin Pengambilan Data Pra Penelitian, dengan ini disampaikan bahwa pada prinsipnya kami mendukung kegiatan tersebut di UPT Kesejahteraan Sosial Lanjut Usia Kupang, Seksi Kesejahteraan Sosial Lanjut Usia Budi Agung Kupang atas nama **Margaretha Lende NIM. 151111067** dengan judul "**Hubungan Kejadian Demensia dengan Pemenuhan Pola ADL pada Lansia di UPT Kesejahteraan Sosial Lanjut Usia di Kupang, Seksi Kesejahteraan Sosial Lanjut Usia Budi Agung Kupang Dinas Sosial Provinsi Nusa Tenggara Timur**". Selama 5 (lima) hari terhitung sejak surat ini dikeluarkan. Diharapkan saat mahasiswa/i yang melakukan pengambilan data awal untuk menjaga sopan santun dalam berpakaian, sikap dan perilaku.

Demikian untuk maklum, atas perhatian dan kerjasama yang baik disampaikan terima kasih.



Kepala UPT Kesejahteraan Sosial
 Lanjut Usia di Kupang,

Dra. Sri Wulandari, MP
 Pembina Tk. I

NIP. 19650730 199102 2 001

Tembusan :

1. Kepala Dinas Sosial Provinsi Nusa Tenggara Timur di Kupang (sebagai laporan);
2. Ketua Yayasan STIKes CHMK Kupang di Kupang;
3. Mahasiswa yang bersangkutan.

Lampiran 3



Nomor : A.I.0032/SPm/ADMIN/UCB/VII/2020
 Lampiran : -
 Perihal : Ijin Pengambilan Data Penelitian

Kepada Yth.
 Kepala Panti Penyantun Sosial Budi Agung Kupang

di
 Tempat

Dengan Hormat,

Sehubungan dengan kegiatan pengambilan data untuk penyelesaian Tugas Akhir (Skripsi), maka kami mohon kesediaan Bapak/Ibu sebagaimana perihal surat di atas. Adapun data mahasiswa/i kami adalah sebagai berikut :

Nama Mahasiswa	: MARGARETHA LENDE
NIM	: 151111067
Program Studi	: S1 Keperawatan
Tahun Masuk / Semester	: 2015 / X (Sepuluh)
Judul	: Hubungan Kejadian Demensia dengan Tingkat Kemandirian dalam Pemenuhan Pola Activity Of Daily Living (Adl) Pada Lansia di Panti Sosial Penyantun Budi Agung Kupang
Waktu	: 16 Juli 2020 s/d 25 Juli 2020
Lokasi	: Panti Sosial Penyantun Budi Agung Kupang

Demikian surat permohonan kami. Atas bantuan dan kerjasama Bapak/Ibu kami sampaikan terima kasih.

Kupang, 16 Juli 2020
 Kepala LP3M

Vinsensius B. Kemaking, S.K.M., M.Kes

Tembusan :
 1. Kepala Dinas Kesehatan Kota Kupang
 2. Mahasiswa Yang Bersangkutan
 3. Arsip

Lampiran 4



PEMERINTAH PROVINSI NUSA TENGGARA TIMUR DINAS SOSIAL

UPT KESEJAHTERAAN SOSIAL LANJUT USIA DI KUPANG

Jl. Rambutan No. 9 Telp./Fax. (0380) 821583 Kupang

SURAT KETERANGAN TELAH MELAKUKAN PENELITIAN

Nomor : Dinsos 460/40/UPTD. Kes. Sos. LU/ NTT/VII/2020

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Agustinus Gervasius, S Pi
NIP. : 19691211 200112 1 001
Jabatan : Kepala UPTD. Kesejahteraan Sosial Lanjut Usia di Kupang
Alamat : Jln. Rambutan No. 9 Oepura Kupang

Menerangkan bahwa :

Nama : Margaretha Lende
NIM. : 15111067
Pekerjaan : Mahasiswa
Universitas : Keperawatan Citra Bangsa Kupang
Alamat : Jalan Manafe No. 17 Kel. Kayu Putih

Telah selesai melakukan penelitian dengan Judul : **Hubungan Kejadian Demensia Dengan Tingkat Kemandirian Dalam Pemenuhan Pola Activity Of Daily Living (ADL) Pada Lanjut Usia di UPT. Kesejahteraan Sosial Budi Agung Kupang** ” selama 10 (hari) hari terhitung mulai tanggal 16 Juli s/d 25 Juli 2020.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Kupang, 27 Juli 2020

KEPALA UPT KESEJAHTERAAN SOSIAL
LANJUT USIA DI KUPANG

Agustinus Gervasius S. Pi
PENATA TK. I
NIP. 19691211 200112 1 001

Tembusan:

5. Kepala Dinas Sosial Provinsi Nusa Tenggara Timur di Kupang (sebagai laporan).

Lampiran 5**SURAT PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Kepada Yth.

Calon Responden Penelitian

di

Tempat

Dengan Hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini adalah mahasiswa Universitas Citra Bangsa Kupang Jurusan Keperawatan.

Nama : Margaretha Lende

NIM : 151111067

Yang akan melakukan penelitian “**Hubungan Kejadian Demensia Dengan Tingkat Kemandirian Dalam Pemenuhan Pola ADL Pada Lansia**”.

Penelitian ini tidak menimbulkan akibat yang merugikan bagi responden, segala informasi yang diberikan akan dijamin kerahasiaannya dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.

Untuk keperluan diatas saya mohon kesediaan Bapak/ibu untuk mengisi kuesioner yang telah disiapkan sesuai dengan apa yang dialami atau apa yang dirasakan oleh Bapak/ibu dengan memberi tanda checklist () pada kolom yang tersedia ± 15 menit.

Atas partisipasi dan kerjasamanya, saya sebagai peneliti mengucapkan terima kasih.

Kupang, 16 Juli 2020
Peneliti



Margaretha Lende
151111067

Lampiran 6**SURAT PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

Setelah membaca surat permohonan pada lembar pertama, saya turut berpartisipasi menjadi responden dalam penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa Universitas Citra Bangsa Kupang jurusan keperawatan atas nama Margaretha Lende dengan judul **"Hubungan Kejadian Demensia Dengan Tingkat Kemandirian Dalam Pemenuhan Pola ADL Pada Lansia**

Saya mengetahui bahwa informasi yang diberikan tidak akan berdampak negatif terhadap saya dan akan sangat bermanfaat bagi saya dan serta peneliti. Oleh sebab itu saya bersedia menjadi responden dalam penelitian.

Kupang, 16 juli 2020

Responden



(.....)

Lampiran 7

INSTRUMENT PENELITIAN

**"HUBUNGAN KEJADIAN DEMENSIA DENGAN TINGKAT KEMANDIRIAN
DALAM PEMENUHAN POLA ADL PADA LANSIA DIPANTI SOSIAL
PENYANTUN BUDI AGUNG KUPANG"**

A. Data Demografi Responden (Lansia)

1. Nama: M. M......(Inisial) 5. Lama tinggal di Panti
 2. Usia : 75 Tahun ☒ 1 Tahun
 3. TTL : Batu..... ☐ < 1 Tahun
 4. Jenis Kelamin: 6. Alasan Tinggal Di Panti?
 ☐ Laki-laki ☒ Perempuan kemauan sendiri karena tidak ada yang menjaga

Data Pendukung

1. Penyakit yang pernah diderita:

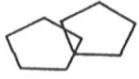
- ☐ Nyeri dada ☐ Pusing ☐ Batuk
☐ Jantung berdebar ☐ Sesak ☐ Panas Nyeri sendi
☒ Gatal ☐ Diare ☐ Lain-lain:.....

2. Obat-obat yang saat ini dikonsumsi (6 bulan)

- ☐ Obat HT ☒ Obat Asam Urat
☐ Obat DM ☐ Lain-lain, sebutkan:.....

B. Kuesoner MMSE

ITEM	PERTANYAAN	NILAI MAKS,	NILAI
1	ORENTASI Tahun, tanggal, hari, dan bulan, jam berapa sekarang?	5	- ✓
2	Dimana kita: Negara, provinsi, kota, kecamatan, kelurahan	5	- ✓
3	REGISTRASI Sebutkan 3 buah nama benda (jeruk,	3	- ✓

	uar, g, mawar), tiap benda 1 detik, pasien disuruh mengulangi ketiga nama benda tadi. Nilai 1 untuk tiap nama benda yang benar ulangi sampai pasien dapat menyebutkan dengan benar dan catat jumlah pengulangan		
4	ATENSI DAN KALKULASI Kurangi 100 dengan 7. Nilai 1 untuk tiap jawaban yang benar. Hentikan setelah 5 jawaban atau disuruh mengeja terbalik kata "WAHYU" (nilai diberi pada huruf yang benar sebelum kesalahan; (misalnya uyahw=2 nilai)	5	- ✓
5	MENINGAT KEMBALI (RECALL) Pasien disuruh menyebut kembali 3 nama benda di atas	3	- ✓
6	BAHASA Pasien di minta menyebutkan nama benda yang ditunjukkan (pensil, arloji)	2	- ✓
7	Pasien di minta mengulang rangkayan kata: "tanpa, kalau, dan, atau, tetapi"	1	- ✓
8	Pasien di minta melakukan perintah: "ambil kertas ini dengan tangan kanan lipatlah menjadi dua dan letakan di lantai"	3	- ✓
9	Pasien di minta membaca dari melakukan perintah "angkatlah tangan kiri anda"	1	- ✓
10	Pasien diminta menulis sebuah kalimat (spontan)	1	- ✓
11	Pasien di minta meniruh gambar dibawah ini: 	1	- ✓
Skor total		30	- 30

Pedoman skor kognitif global (secara umum):

Nilai: 24 – 30 : Tidak ada gangguan kognitif

Nilai: 17 – 23 : Gangguan kognitif Sedang

Nilai: 0 – 17 : Gangguan kognitif Berat

C. KUESONER INDEKS KATZ Activity Of Daily Living

No	Aktivitas	Mandiri	Tergantung
1	Mandi Mandiri : Bantuan hanya pada satu bagian mandi (seperti punggung atau ekstremitas yang tidak mampu) atau mandi sendiri sepenuhnya Tergantung : Bantuan mandi lebih dari satu bagian tubuh, bantuan masuk dan keluar dari bak mandi,	✓	
2	Berpakaian Mandiri : Mengambil baju dari lemari, memakai pakaian, melepaskan pakaian, mengancingi/mengikat pakaian. Tergantung :	✓	
3	Ke Kamar Kecil Mandiri : Masuk dan keluar dari kamar kecil kemudian membersihkan genetalia sendiri Tergantung : Menerima bantuan untuk masuk ke kamar kecil dan menggunakan pispot	✓	
4	Berpindah Mandiri : Berpindah ke dan dari tempat tidur untuk duduk, bangkit dari kursi sendiri Bergantung : Bantuan dalam naik atau turun dari tempat tidur atau kursi, tidak melakukan satu, atau lebih perpindahan	✓	

5	Kontinen Mandiri : BAK dan BAB seluruhnya dikontrol sendiri Tergantung : Inkontinensia parsial atau total; penggunaan kateter, pispot, enema dan pembalut (pampers)	✓	
6	Makan Mandiri : Mengambil makanan dari piring dan menyuapinya sendiri Bergantung : Bantuan dalam hal mengambil makanan dari piring dan menyuapinya, tidak makan sama sekali, dan makan parenteral (NGT)	✓	

Keterangan :

Beri tanda (v) pada point yang sesuai kondisi klien

Analisis Hasil :

- Nilai A** : Kemandirian dalam hal makan, kontinen (BAK/BAB), berpindah, kamar kecil, mandi dan berpakaian.
- Nilai B** : Kemandirian dalam semua hal kecuali satu dari fungsi tersebut
- Nilai C** : Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi dan satu fungsi tambahan
- Nilai D** : Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian, dan satu fungsi tambahan
- Nilai E** : Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, dan satu fungsi tambahan.
- Nilai F** : Kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah dan satu fungsi tambahan
- Nilai G** : Ketergantungan pada keenam fungsi tersebut

Lampiran 8

TABULASI DATA

No. Resp	JK	Kode	Usia	Kode	Lama tinggal di Panti	kode	Penyakit yang diterima	kode	Obat yang dikonsumsi	Kode	Tingkat kemandirian dalam pemenuhan pola ADL	Kode	Kejadian demensia	kode
R1	Laki-laki	1	64-68	1	≥1 Tahun	1	nyeri dada	1	Obat HT	1	Mandiri	2	Tidak ada gangguan kognitif	0
R2	Perempuan	2	70-79	2	≥1 Tahun	2	jantung berdebar	2	Obat DM	2	Total	0	Tidak ada gangguan kognitif berat	2
R3	Laki-laki	1	64-68	1	≤1 Tahun	1	gatal	3	Obat asam urat	3	Tergantung sebagian	1	Gangguan kognitif sedang	1
R4	Perempuan	2	70-79	2	≤1 Tahun	2	pusing	4	Tidak ada	4	Mandiri	0	Tidak ada gangguan kognitif	0
R5	Perempuan	2	70-79	2	≥1 Tahun	2	sesak	5	Obat HT	5	Total	2	Gangguan kognitif berat	2
R6	Laki-laki	1	64-68	1	≥1 Tahun	1	panas nyeri sendi	8	Obat DM	8	Tergantung sebagian	1	Gangguan kognitif sedang	1
R7	Perempuan	2	70-79	2	≥1 Tahun	1	batuk	7	Tidak ada	7	Total	0	Gangguan kognitif sedang	1
R8	Perempuan	2	70-79	2	≤1 Tahun	2	pusing	4	Obat HT	4	Tergantung sebagian	1	Tidak ada gangguan kognitif	0
R9	Laki-laki	1	64-68	1	≤1 Tahun	2	pusing	4	Obat DM	2	Total	0	Gangguan kognitif sedang	1
R10	Laki-laki	1	70-79	2	≥1 Tahun	3	gatal	3	Obat asam urat	3	Mandiri	2	Gangguan kognitif berat	2
R11	Laki-laki	1	64-68	1	≤1 Tahun	2	batuk	7	Tidak ada	4	Total	0	Gangguan kognitif sedang	1
R12	Laki-laki	2	64-68	1	≥1 Tahun	1	batuk	7	Obat HT	1	Mandiri	2	Gangguan kognitif berat	2
R13	Laki-laki	1	64-68	1	≥1 Tahun	1	panas nyeri sendi	8	Obat HT	1	Total	0	Tidak ada gangguan kognitif	0
R14	perempuan	2	70-79	2	≤1 Tahun	2	sesak	5	Tidak ada	4	Tergantung sebagian	1	Tidak ada gangguan kognitif	0
R15	Laki-laki	1	64-68	1	≥1 Tahun	1	diare	6	Obat asam urat	3	Mandiri	2	Gangguan kognitif berat	2
R16	Laki-laki	1	70-79	2	≥1 Tahun	2	nyeri dada	1	Tidak ada	4	Total	0	Gangguan kognitif sedang	1
R17	Perempuan	2	70-79	2	≥1 Tahun	1	batuk	7	Obat HT	1	Mandiri	2	Gangguan kognitif berat	2
R18	Laki-laki	1	64-68	1	≤1 Tahun	1	gatal	3	Tidak ada	4	Tergantung sebagian	1	Gangguan kognitif berat	2
R19	Laki-laki	1	70-79	2	≥1 Tahun	1	nyeri dada	1	Obat HT	1	Total	0	Gangguan kognitif sedang	1
R20	Laki-laki	1	70-79	2	≥1 Tahun	2	gatal	3	Obat DM	2	Mandiri	2	Gangguan kognitif sedang	1
R21	Perempuan	2	64-68	1	≤1 Tahun	2	pusing	4	Obat asam urat	3	Tergantung sebagian	1	Tidak ada gangguan kognitif	0
R22	Laki-laki	1	70-79	2	≥1 Tahun	1	pusing	4	Obat asam urat	3	Tergantung sebagian	1	Gangguan kognitif sedang	1
R23	Perempuan	2	64-68	1	≥1 Tahun	1	jantung berdebar	2	Tidak ada	4	Tergantung sebagian	1	Gangguan kognitif sedang	1
R24	Laki-laki	1	64-69	1	≤1 Tahun	2	pusing	4	Obat DM	2	Mandiri	2	Gangguan kognitif sedang	1
R25	Perempuan	2	70-79	2	≥1 Tahun	2	jantung berdebar	2	Obat asam urat	3	Total	0	Tidak ada gangguan kognitif	0
R26	Laki-laki	1	64-68	1	≤1 Tahun	2	gatal	3	Tidak ada	4	Mandiri	1	Gangguan kognitif sedang	1
R27	Laki-laki	1	70-79	2	≥1 Tahun	1	pusing	4	Tidak ada	4	Total	2	Gangguan kognitif sedang	1
R28	Perempuan	2	70-79	2	≤1 Tahun	2	sesak	5	Obat asam urat	3	Tergantung sebagian	1	Tidak ada gangguan kognitif	0
R29	Laki-laki	1	64-68	1	≥1 Tahun	1	panas nyeri sendi	8	Tidak ada	4	Mandiri	2	Gangguan kognitif berat	2
R30	Perempuan	2	70-79	2	≥1 Tahun	2	batuk	7	Obat DM	1	Tergantung sebagian	1	Gangguan kognitif berat	2
R31	Laki-laki	1	64-68	1	≥1 Tahun	1	nyeri dada	1	Obat asam urat	3	Mandiri	2	Tidak ada gangguan kognitif	0
R32	Perempuan	2	64-68	1	≤1 Tahun	2	pusing	4	Tidak ada	4	Mandiri	2	gangguan kognitif berat	2
R33	Laki-laki	1	64-68	1	≥1 Tahun	1	gatal	3	Obat HT	1	Total	1	Gangguan kognitif berat	2
R34	Laki-laki	1	70-79	2	≤1 Tahun	2	batuk	7	Obat DM	2	Mandiri	2	gangguan kognitif sedang	1
R35	Perempuan	2	64-68	1	≥1 Tahun	1	batuk	7	Obat HT	1	Mandiri	2	Gangguan kognitif sedang	1
R36	Laki-laki	1	70-79	2	≥1 Tahun	1	panas nyeri sendi	8	Obat HT	1	Tergantung sebagian	1	tidak ada gangguan kognitif	0
R37	Laki-laki	1	70-79	2	≥1 Tahun	1	sesak	5	Obat DM	3	Mandiri	2	Gangguan kognitif sedang	2
R38	Laki-laki	1	64-68	1	≤1 Tahun	2	diare	6	Tidak ada	4	Mandiri	2	tidak ada gangguan kognitif	0
R39	Laki-laki	1	70-79	2	≤1 Tahun	4	nyeri dada	4	Tidak ada	4	Total	1	gangguan kognitif sedang	1
R40	Perempuan	2	70-79	2	≥1 Tahun	1	batuk	7	Tidak ada	4	Mandiri	2	Gangguan kognitif sedang	1
R41	Perempuan	2	64-68	1	≥1 Tahun	1	gatal	3	Tidak ada	4	Total	1	gangguan kognitif sedang	1
R42	Laki-laki	1	70-79	2	≥1 Tahun	1	nyeri dada	1	Tidak ada	4	Mandiri	2	Tidak ada gangguan kognitif	0
R43	Laki-laki	1	64-68	1	≤1 Tahun	2	gatal	3	Tidak ada	4	Tergantung sebagian	1	Gangguan kognitif berat	2
R44	Perempuan	2	64-69	1	≥1 Tahun	1	pusing	4	Tidak ada	4	Total	0	Gangguan kognitif berat	2
R45	Laki-laki	1	70-79	2	≥1 Tahun	4	pusing	4	Tidak ada	4	Mandiri	2	Tidak ada gangguan kognitif	0
R46	Perempuan	2	64-68	1	≤1 Tahun	2	jantung berdebar	2	Tidak ada	4	Mandiri	1	Gangguan kognitif sedang	1
R47	Laki-laki	1	70-79	2	≥1 Tahun	4	pusing	4	Tidak ada	4	Tergantung sebagian	2	gangguan kognitif berat	2
R48	Perempuan	2	70-79	2	≤1 Tahun	2	panas nyeri sendi	8	Tidak ada	4	Tergantung sebagian	1	Tidak ada gangguan kognitif	0
R49	Perempuan	2	64-68	1	≥1 Tahun	1	nyeri dada	1	Tidak ada	4	Mandiri	2	Gangguan kognitif sedang	2
R50	Laki-laki	1	70-79	2	≤1 Tahun	2	gatal	3	Tidak ada	4	Mandiri	2	gangguan kognitif berat	2
R51	Laki-laki	1	70-79	2	≥1 Tahun	1	sesak	5	Tidak ada	4	Total	1	Gangguan kognitif sedang	2
R52	Perempuan	2	64-68	1	≤1 Tahun	2	diare	6	Tidak ada	4	Mandiri	2	gangguan kognitif berat	2
R53	Perempuan	2	70-79	2	≤1 Tahun	8	panas nyeri sendi	8	Tidak ada	4	Mandiri	2	gangguan kognitif berat	2
R54	Laki-laki	1	64-68	1	≤1 Tahun	2	diare	6	Tidak ada	4	Mandiri	2	gangguan kognitif berat	2

Lampiran 9

Hasil Uji

FREQUENCIES VARIABLES=UMR PYPDRT OYSIDK
/ORDER=ANALYSIS.

Frequencies

Notes

Output Created		12-Aug-2020 13:10:15
Comments		
Input	Active Dataset	DataSet0
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	54
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data.
Syntax		FREQUENCIES VARIABLES=UMR PYPDRT OYSIDK /ORDER=ANALYSIS.
Resources	Processor Time	00:00:00.000
	Elapsed Time	00:00:00.003

[DataSet0]

Statistics

	Umur	Penyakit yang pernah diderita	Obat yang saat ini dikonsumsi
N Valid	54	54	54
Missing	0	0	0

Frequency Table

Umur

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 64-68	26	48.1	48.1	48.1
70-79	28	51.9	51.9	100.0
Total	54	100.0	100.0	

Penyakit yang pernah diderita

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Nyeri dada	7	13.0	13.0	13.0
Jantung berdebar	4	7.4	7.4	20.4
Gatal	9	16.7	16.7	37.0
Pusing	11	20.4	20.4	57.4
sesak	5	9.3	9.3	66.7
diare	4	7.4	7.4	74.1
Batuk	8	14.8	14.8	88.9
Panas Nyeri dada	6	11.1	11.1	100.0
Total	54	100.0	100.0	

Obat yang saat ini dikonsumsi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Obat HT	13	24.1	24.1	24.1
Obat DM	7	13.0	13.0	37.0
Obat asam urat	9	16.7	16.7	53.7
tidak ada obat yang dikonsumsi	25	46.3	46.3	100.0
Total	54	100.0	100.0	

Your license will expire in 14 days.

FREQUENCIES VARIABLES=JK LTDP/ORDER=ANALYSIS.

Frequencies

Notes

Output Created		11-Aug-2020 22:54:21
Comments		
Input	Active Dataset	DataSet0
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	54
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data.
Syntax		FREQUENCIES VARIABLES=JK LTDP /ORDER=ANALYSIS.
Resources	Processor Time	00:00:00.000
	Elapsed Time	00:00:00.003

[DataSet0]

Statistics

	Jenis kelamin	Lama tinggal dipanti
N	Valid	54
	Missing	0

Frequency Table

Jenis kelamin

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Laki-laki	32	59.3	59.3	59.3
Perempuan	22	40.7	40.7	100.0
Total	54	100.0	100.0	

Lama tinggal dipanti

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid > 1 tahun	30	55.6	55.6	55.6
< 1 tahun	24	44.4	44.4	100.0
Total	54	100.0	100.0	

Your license will expire in 14 days.

FREQUENCIES VARIABLES=TKDPA KD
/ORDER=ANALYSIS.

Frequencies**Notes**

Output Created		09-Aug-2020 01:12:56
Comments		
Input	Active Dataset	DataSet0
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	54
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data.
Syntax		FREQUENCIES VARIABLES=TKDPA KD /ORDER=ANALYSIS.
Resources	Processor Time	00:00:00.000
	Elapsed Time	00:00:00.002

[DataSet0]

Statistics

	Tingkat kemandirian dalam pemenuhan pola ADL	Kejadian demensia
N Valid	54	54
Missing	0	0

Frequency Table**Tingkat kemandirian dalam pemenuhan pola ADL**

	Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Total	10	18.5	18.5	18.5
Tergantung sebagian	20	37.0	37.0	55.6
Mandiri	24	44.4	44.4	100.0
Total	54	100.0	100.0	

Kejadian demensia

	Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak ada gangguan kognitif	25	46.3	46.3	46.3
Gangguan kognitif sedang	19	35.2	35.2	81.5
Gangguan kognitif berat	10	18.5	18.5	100.0
Total	54	100.0	100.0	

NONPAR CORR

/VARIABLES=TKDPA KD

/PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG

/MISSING=PAIRWISE.

Nonparametric Correlations

Notes

Output Created		09-Aug-2020 01:13:28	
Comments			
Input	Active Dataset	DataSet0	
	Filter	<none>	
	Weight	<none>	
	Split File	<none>	
	N of Rows in Working Data File		54
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing. Statistics for each pair of variables are based on all the cases with valid data for that pair.	
	Cases Used		
Syntax		NONPAR CORR /VARIABLES=TKDPA KD /PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG /MISSING=PAIRWISE.	
Resources	Processor Time		00:00:00.031
	Elapsed Time		00:00:00.003
	Number of Cases		
	Allowed		174762 cases ^a

a. Based on availability of workspace memory

[DataSet0]

Correlations

			Tingkat kemandiran dalam pemenuhan pola ADL
Spearman's rho	Tingkat kemandiran dalam pemenuhan pola ADL	Correlation Coefficient	1.000
		Sig. (2-tailed)	.
		N	54
	Kejadian demensia	Correlation Coefficient	.936**
		Sig. (2-tailed)	.000
		N	54

Correlations

			Kejadian demensia
Spearman's rho	Tingkat kemandirian dalam pemenuhan pola ADL	Correlation Coefficient	.936**
		Sig. (2-tailed)	.000
		N	54
	Kejadian demensia	Correlation Coefficient	1.000
		Sig. (2-tailed)	.
		N	54

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Your license will expire in 14 days.

Lampiran 10**DOKUMENTASI PENELITIAN**

Wisma Melati Peneliti sedang menjelaskan maksud dan tujuan



Wisma Sakura peneliti membantu responden mengisi kuesioner



Wisama Cemara Peneliti membantu responden mengisi kuesioner



Peneliti membantu responden mengisi kuesioner

Lampiran 11








LEMBAR KONSULTASI



LEMBAR KONSULTASI SKRIPSI

Nama : Margaretha Lende
 NIM : 151111067
 Pembimbing I : Herliana Monika Azi Djogo, S.Kep, Ns., MSN

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Catatan Pembimbing	Paraf
1	13-08-2020	SKRIPSI B	Bab IV Revisi hasil dan excel data umum	
2	14-08-2020	SKRIPSI	Bab IV Revisi Pembahasan, data umum	
3	17-08-2020	SKRIPSI	Bab IV Revisi Pembahasan tambahkan teori dan hasil penelitian	
4	18-08-2020	SKRIPSI	Bab IV Revisi Pembahasan masi larang peneliti an orang dan opini	
5	19-08-2020	SKRIPSI	Revisi Pembahasan tambahkan opini dan penelitian orang	

6	20-08-2020	Skripsi	Revisi pembahasan tambahan teori opini daftar pustaka penelitian orang	
7	21-08-2020	Skripsi lanjut Bab V	Bab IV Pembahasan teori dan opini	
8	24-08-2020	Skripsi	Bab V Kesimpulan hasil dan Saran	
9	25-08-2020	Skripsi	Bab V Kesimpulan Revisi hasil dan Saran, lanjut abstrak	
10	26-08-2020	Abstrak	Revisi abstrak tambahkan saran	
11	27-08-2020	Abstrak	Revisi abstrak tambahkan hasil dan Saran	
12	28-08-2020	Abstrak	tambahkan saran	



LEMBAR KONSULTASI SKRIPSI

Nama : Margaretha Lende
 NIM : 151111067
 Pembimbing II : Kadek Dwi Ariesthi, SKM, M.Kes

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Catatan Pembimbing	Paraf
1	13-08-2020	Skripsi	Bab IV Penulisan hasil, data umum dan pembahasan.	
2	24-08-2020	Skripsi	Bab IV Penulisan Pembahasan tambahan daftar pustaka	
3	25-08-2020	Skripsi	Bab V Penulisan kesimpulan dan saran	
4	27-08-2020	Skripsi	Bab V Penulisan kesimpulan Acc	
5	28-08-2020	Abstrak	Perbaiki penulisan tambahan hasil	

BIODATA PENULIS



Nama : Margaretha Lende
Tempat Tanggal Lahir : Elopada , 09 April 2020
Jenis Kelamin : Perempuan
Anak Ke : 5 dari 7 Bersaudara
No Hp : 082145609975
Email : etalende@gmail.com
Agama : Kristen Protestan

Orang Tua

Nama Ayah : Melkianus Bili Lende
Nama Ibu : Lidia Bulu

Riwayat Pendidikan

2003-2009 : SD Inpres Rita Kaka
2010-2012 : SMP Negeri 1 Wewewa Timur
2013-2015 : SMA Kristen Waikabubak
2015-2020 : Menyelesaikan Pendidikan Program Studi Ners Di Universitas
Citra Bangsa Kupang